

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

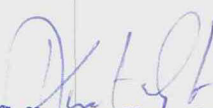
DEPATAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL E O PLANEJAMENTO FAMILIAR:

PROPOSTAS E PRÁTICAS ATUAIS

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 09/07/03

  
Prof.ª Krystyna Matys Costa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

ADRIANA BRÍGIDA STEIMBACH DOS SANTOS

FLORIANÓPOLIS, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTOR SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL E O PLANEJAMENTO FAMILIAR:

PROPOSTAS E PRÁTICAS ATUAIS

Trabalho de Conclusão de Curso, da aluna Adriana Brígida Steimbach dos Santos, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

FLORIANÓPOLIS – SC – BRASIL

2003.



ADRIANA BRÍGIDA STEIMBACH DOS SANTOS

ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL E O PLANEJAMENTO FAMILIAR:

PROPOSTAS E PRÁTICAS ATUAIS

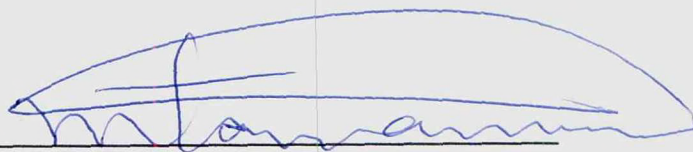
Este trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para a obtenção do título de Bacharel  
em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA



Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira

Presidente



Professora Dra. Marlene Tamanini



Professora Dra. Ivete Simionatto

FLORIANÓPOLIS, 2003.

*“Não há na história, na vida social, nada de fixo, de enrijecido, de definitivo. E não existirá nunca.*

*Novas verdades aumentam o patrimônio da sabedoria; necessidades novas superiores são suscitadas pelas condições de vida; novas curiosidades intelectuais e morais pressionam o espírito e o obriga a renovar-se, a melhorar”.*

*Antônio Gramsci*

Agradeço e dedico esta conquista a meu pai Lulus, (in memoriam), que com seu jeito encantador dedicou sua vida a nossa família. E ao longo de sua caminhada, ensinou-me com sua bondade, o sentido da vida. Ao meu pai todo meu amor e respeito.

## AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa de minha vida foi finalizada. A caminhada foi extensa, porém o resultado mostrou que valeu esta trajetória. Durante todo o percurso estive com pessoas que me incentivaram a não desistir. Tive comigo aqueles que dividiram as dúvidas e incertezas, cujos gestos serviram incentivo para a minha caminhada. Chegou então à hora de agradecer.

À Deus pelo dom da vida e sopros de coragem que me impulsionaram nesta caminhada;

Ao meu amado Juceli amigo e companheiro, presente em cada momento, transformando o dia-a-dia em momentos de alegria. Muito obrigado por todo amor, carinho e compreensão.

A minha mãe Olga, pela compreensão, carinho e amor, minha eterna gratidão e respeito;

A minha família pela paciência e compreensão nos momentos de ausência e pela força motivadora que nos faz caminhar sempre junto;

Aos colegas de trabalho, por possibilitar minha permanência na academia, sei que foi tão difícil pra vocês quanto pra mim;

Aos meus amigos, Angélica, Eduardo e Marco pelo carinho e amizade, pelo estímulo apoio e demonstrações de carinho;

As amigas de turma Madalena e Salete foram muito bons os momentos em que estivemos juntas;

À minha professora e orientadora Vera Nogueira, obrigado por estimular-me nesta trajetória acadêmica, me ouvindo e orientando com compromisso ético;

As Professoras Marlene Tamanini e Ivete Simionatto, que gentilmente aceitaram fazer parte deste trabalho;

À Viviane Bergler Assistente Social do HU, pela dedicação durante minha permanência na instituição;

E por fim, agradeço a todos que não foram mencionados, mais que de uma forma ou outra, contribuíram para minha formação.



## RESUMO

A situação das mulheres tem apresentado modificações significativas nas últimas décadas, com importantes avanços, principalmente no campo da saúde reprodutiva. Dentro desse enfoque, pretendemos abordar a evolução do conceito de saúde reprodutiva e planejamento familiar, a partir das Conferências Internacionais da Mulher e de População e Desenvolvimento. O Estado, no contexto internacional, defende posições natalistas, no entanto, o controle de fecundidade, para a maioria das mulheres, torna-se realidade, através das atividades desenvolvidas por várias instituições não-governamentais, nacionais e internacionais, com parcerias dos governos, desvelando, assim, as contradições sobre a questão. A política de planejamento familiar preconiza promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. O direito de conhecer sua saúde reprodutiva, controlar ou promover a fecundidade não deve estar limitado aos poucos casais que conseguem ser atendidos pela rede pública. É preciso que o Estado promova ações de forma articulada para que o planejamento familiar possa ser uma política universal. O percurso entre implementação da lei, informação e acesso tem encontrado muitas barreiras, pois garantir a operacionalização da lei implica um programa articulado com uma política de saúde eficiente. A evidente falta de posicionamento das entidades estatais nos levou a questionar quais são as entidades que, no debate atual, vêm se posicionando em relação ao tema saúde reprodutiva. Para tanto, utilizamos como métodos de coleta de dados a pesquisa On Line, para mapear as instituições que trabalham com a questão. Buscamos compreender qual sua ideologia, como desenvolvem suas ações, qual ideário sobre saúde reprodutiva, seus avanços e retrocessos. Se o Estado se posiciona de forma reticente em relação à saúde reprodutiva em contrapartida, as ONGs vêm cada vez mais aumentando sua participação na esfera pública, expandindo seus domínios através de discursos que incorporam conceitos de cidadania e ampliação dos direitos sociais. O direito do cidadão em controlar sua fecundidade não deve ser limitado com ações desenvolvidas de forma fragmentada, oferecidas por essas instituições que não conseguem atender toda demanda, agem de forma focalizada na tentativa de minimizar a ausência do Estado como provedor.

Palavras chaves: Saúde Reprodutiva, Planejamento Familiar, Conferências, ONGs.

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO.....	6
SUMÁRIO.....	7
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	8
APRESENTAÇÃO.....	9
1 - A CONTRIBUIÇÃO DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS PARA A CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS.....	15
2- A POLITICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR X SAUDE REPRODUTIVA.....	27
3- A SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL – ASPECTOS LEGAIS.....	42
4- CONTROVÉRSIAS ATUAIS – POSIÇÃO DAS CONFERENCIAS NACIONAIS DE SAÚDE PÓS-LEGALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	51
4. 1 POSIÇÃO DAS ENTIDADES NÃO GOVERNAMENTAIS QUANTO AS NOÇÕES E PRÁTICAS SOBRE DIREITOS REPRODUTIVOS.....	57
CONCLUSÃO.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	86
ANEXO.....	95



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar familiar no Brasil.

CCR – Comissão de Cidadania e reprodução.

CDD – Católicas pelo direito de Decidir.

CEBRAP – Centro brasileiro de Análise e Planejamento.

CEPARH – Centro de Pesquisa em reprodução Humana.

CFEMEA – Centro feminista de Estudos e Assessoria.

CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação.

CEVAM – Centro Vergueiro de Atenção à Mulher.

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

CPAIMC – Centro de Pesquisa e Assistência Integrado à Mulher e à Criança.

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito.

IBGE – Instituto Brasileira de Geografia e Estatística

IPPF – International Planned Parenthood Federation.

NOB – Norma Operacional Básica.

OEA – ORGANIZAÇÃO DOS Estados Americanos.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

ONU – Organização das Nações Unidas.

PAISM – Plano de assistência Integral à Saúde da Mulher.

PPGAR – Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco.

SEMINA – Saúde Reprodutiva.

SUS – Sistema Único de Saúde.

## APRESENTAÇÃO.

Este trabalho de Conclusão de Curso constitui-se como requisito final para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Aborda uma das principais questões que vivenciamos durante a realização de Estágio Curricular Obrigatório, no setor de Serviço Social da Maternidade do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago – Hospital Universitário – no Programa de Atendimento à Gestante de Alto Risco.

A saúde tem fundamental importância para o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade. Com o passar do tempo, modificam-se as definições de saúde, segundo as necessidades do homem, assim, pode-se dizer que o sistema de saúde brasileiro, enquanto política social, foi sendo construído de acordo com a conjuntura.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, o INAMPS só prestava assistência médica a afiliados da Previdência Social. A partir da Constituição de 1988, o INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde, promovendo o atendimento de saúde a toda população, independentemente do vínculo contributivo. (MÉDICI, 1999).

Um dos principais motivos que levou à promulgação do SUS na Constituição de 1988 foi o descontentamento com injustiças que existiam no sistema. A busca por melhores condições de saúde passa a ser uma responsabilidade coletiva, saindo do campo biológico para as questões sociais. Segundo Ianni (1991), na sociedade brasileira, a questão social é um tema básico e permanente, que influencia o pensamento e a prática de muitos em diferentes lugares. Apesar de garantir-se na Lei a responsabilidade do Estado, ainda existe uma distância entre a consagração da legislação e sua efetiva aplicação na prática. Para que se possam garantir os direitos, é fundamental que haja um Estado forte, com capacidade interventiva nos campos político, social e



econômico e que se responsabilize pela implementação de políticas que possam atender as demandas da população (Simionatto e Nogueira apud Martins, 1999).

A trajetória dos direitos do homem vem se modificando ao longo da história, sendo conquistados através de reivindicações em busca de sua própria emancipação e transformação da realidade. A partir de meados do século XX, observa-se, no cenário Nacional, uma crescente organização de movimentos sociais, como o movimento feminista, que passa a expor suas reivindicações sobre temáticas, como direito à procriação, saúde e sexualidade, planejamento familiar e outras medidas entendidas como saúde pública.

Nas questões relacionadas à saúde reprodutiva, a descendência sempre foi uma preocupação da humanidade. Homens e mulheres, ao longo de nossa história adotaram várias práticas contraceptivas, porém os desenvolvimentos da anticoncepção foram acompanhados de preceitos morais, políticos e religiosos.

Com a promulgação da Carta Constitucional, em 1988, a saúde é reconhecida como direito universal garantido pelo Estado mediante políticas públicas. Reconhece ainda o direito ao planejamento familiar em seu artigo 226 § 7º. Considerando o referido artigo, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o seu exercício. (Brasil, 1988). Quase 8 anos depois, em 1996, é aprovada a Lei 9263 que trata do planejamento familiar. O programa orienta-se por ações preventivas e educativas e pelo acesso igualitário a informações e serviços para a regulação da fecundidade, amparados por normas éticas e legais.

O interesse pelo tema surgiu em decorrência do estágio curricular obrigatório na Maternidade do Hospital Universitário, com as Gestantes de Alto Risco, que procuravam o Serviço Social com o objetivo de receber informações e participar do Programa de Planejamento Familiar realizado pelo H.U. Através dessa experiência, constatou-se que a maioria das mulheres desconhecia informações básicas sobre concepção, contracepção e saúde reprodutiva; a grande



demanda, muito mais que por ações assistenciais, era por planejamento familiar, porém, vinculado diretamente à laqueadura.

A opção das mulheres pela laqueadura vem normalmente acompanhada pela desinformação da existência de outros métodos. A esterilização tornou-se o método comumente usado no planejamento familiar, sendo desconhecimento das ações estabelecidas pelo programa um dos grandes motivos pelos quais a população não participa ou não tem acesso a esses serviços.

Em 12 de janeiro de 1996, através da lei nº 9.263, o Planejamento Familiar alcança o estatuto de política pública, compreendidas como um conjunto de ações que regulam a fecundidade e não o controle demográfico. Com a sanção da lei a rede pública deveria preparar-se para o seu cumprimento, obrigando-se a garantir, em toda sua rede de serviços atividades básicas de assistência à concepção e contracepção. O percurso entre a implementação da lei, informação e acesso tem encontrado muitas barreiras, pois garantir a operacionalização da lei implica um programa articulado com uma política de saúde eficiente.

A possibilidade de decidir livremente a respeito de quantos filhos se quer ter ou mesmo de não querer tê-los é um direito assegurado; nesse sentido é necessário educar a população para que todas as pessoas possam exercer os seus direitos de livre escolha, bem informados e conscientes.

Diariamente, em nossa sociedade, a população é destituída de seus direitos, principalmente os ligados à saúde. De forma similar, o planejamento familiar é negligenciado. A falta de informações sobre métodos contraceptivos, constatados durante o período de estágio, sugere-nos a hipótese de que o Município não vem promovendo ações de atendimento à saúde reprodutiva como está previsto na legislação.

Com o objetivo de avaliar o programa de Saúde Reprodutiva nas Unidades de Saúde da grande Florianópolis e identificar a razão do desconhecimento da população, principalmente a

feminina, interessada nas ações do planejamento familiar, foram formuladas, inicialmente, alguns objetivos para o estudo:

- Analisar a proposta do Município de Florianópolis quanto à saúde reprodutiva e como é executada a lei estabelecida pelo Ministério da Saúde;
- Avaliar a implementação da proposta nas Unidades básicas de saúde da grande Florianópolis e sua operacionalização através dos profissionais das unidades e
- Avaliar o perfil do atendente, seu conhecimento sobre a lei, que tipo de informações são dadas sobre saúde reprodutiva.

Para compreender a realidade dessa demanda e como tem sido o acesso às informações a respeito da saúde reprodutiva, era preciso realizar entrevistas nas Unidades de Saúde. Para tanto encaminhamos um pedido formal à Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, houve uma recusa por parte do Secretário quanto à realização da pesquisa, com a afirmação de que não existe no município um programa voltado à saúde reprodutiva.

Face a recusa do município em autorizar o acesso as Unidades de Saúde, surgiu outra indagação, quais são os movimentos e associações que hoje vêm protagonizando o debate sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar.

A partir dessa questão, utilizamos como procedimentos para coleta de dados a revisão bibliográfica e uma busca On Line para o mapeamento das instituições que trabalham com a questão. Tínhamos como objetivo:

- conhecer qual a natureza das ações realizadas pelas mesmas;
- como desenvolvem suas ações e como são veiculadas suas idéias e
- qual o ideário sobre saúde reprodutiva, seus avanços e retrocessos.

Situando esse estudo como uma primeira aproximação sobre a questão.



Desta forma, no primeiro capítulo, contextualizamos a trajetória das Conferências Internacionais, a construção, defesa e ampliação de consensos relacionados à saúde e direitos reprodutivos, evidenciando a trajetória dos movimentos sociais na busca de igualdade entre homens e mulheres, baseada em uma nova ordem social. Uma sociedade que não se sustenta na subordinação das mulheres, mas na igualdade.

No segundo capítulo, abordamos as questões do declínio das taxas de fecundidade, que vêm sendo tratadas a partir de duas vertentes, a inserção da mulher no mercado de trabalho e as práticas contraceptivas utilizadas como métodos de controle populacional. Constata-se uma falta de posicionamento oficial por parte do Estado em relação à saúde reprodutiva. Dessa forma, alguns pressupostos básicos do SUS não vêm sendo viabilizados, como de fundamental importância a equidade não atingida nos programas de atenção à mulher.

No terceiro capítulo, recordamos os aspectos legais do planejamento familiar já como uma Política Nacional de Saúde, a partir da publicação da Lei 9263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal de 1988.

No quarto capítulo, buscamos compreender como a saúde da mulher vem sendo discutida na esfera pública através das Conferências Nacionais de Saúde. E, posteriormente qual a posição das instituições que vem se posicionando atualmente. Quais suas propostas, área de incidência, ações que vêm desenvolvendo e veiculação de idéias.

Concluimos este trabalho com considerações sobre a questão, buscando contemplar a problematização formulada como objeto de estudo.

## **CAPITULO 1 – A CONTRIBUIÇÃO DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS PARA A CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS.**

Nas últimas décadas, a noção de saúde reprodutiva desenvolveu-se de modo amplo em espaços institucionais, esteve na base das negociações que propiciaram a construção de um consenso entre os movimentos sociais e organizações. O movimento de mulheres – que contribuiu com um debate acerca das reflexões sobre o corpo, a reprodução e a sexualidade – destacou-se entre os demais movimentos na busca de implementações de políticas públicas de saúde, com características de justiça social e universalidade. Segundo Barsted (2003), é necessário que os movimentos sociais atuem e se articulem politicamente no sentido de pressionar o Estado, visando à garantia dos direitos humanos e o desenvolvimento econômico e social, baseados em critérios de equidade. O movimento de mulheres surge como um dos importantes atores nessa luta. Teve uma longa história marcada por obstáculos. Mas também por conquistas, tendo priorizado, em sua ação política, as questões relacionadas à saúde reprodutiva.

A popularização do conceito de direitos reprodutivos como direitos de cidadania tem tido um papel inegável na luta das mulheres pelo controle de seu próprio corpo, de sua fecundidade e de sua saúde. [...] as contribuições no campo da saúde não se esgotam nas reflexões sobre o corpo, a reprodução e a sexualidade. [...] as teorias de gênero podem ampliar o debate sobre equidade, enriquecendo as conceituações sobre saúde e a própria compreensão sobre o processo saúde doença. (COSTA & AQUINO, 2000, p. 197).

Segundo Ávila (2002), desde as revoluções do século XVIII, as mulheres lutam por direitos e igualdade, porém é somente nas primeiras décadas do século XX que são obtidas importantes conquistas. Até recentemente, as mulheres eram sequer consideradas como portadoras de direitos humanos. Todas as Declarações, Convenções e Textos de Direitos Humanos, assinados pelos países membros de organizações internacionais, ao referir-se ao ser



humano têm como modelo o homem. Pretensamente universais, essas declarações não refletem as dificuldades das mulheres e ignoram a promoção e a defesa de seus direitos, que têm caráter de universalidade e são direitos essenciais, fazendo parte da própria natureza humana.

Os povos, buscando o respeito ao ser humano, têm ratificado Convenções, Tratados e acordos entre si, em que estão inscritas formas e procedimentos essenciais para uma vida digna.

Nos meados deste século, principalmente após as duas guerras mundiais, desenvolveram-se os chamados “direitos de solidariedade” que são o direito à paz, o direito ao desenvolvimento e à autodeterminação dos povos, [...] a característica fundamental dos direitos humanos em nossos dias é que passaram a ser interesse não só de cada Estado, mas de toda comunidade internacional. (CFEMEA, 1994, p. 4).

Após a segunda guerra mundial, na década de 40, surge a Organização das Nações Unidas (ONU) que teve, dentre outros propósitos, manter a paz, promovendo e estimulando o respeito aos direitos humanos. O elemento norteador da ONU foi a Carta das Nações Unidas, documento assinado em 1945 nos Estados Unidos, contendo cento e dez artigos. A carta incorpora não só os ideais de igualdade entre as nações, mas também entre os seres humanos.

Nós, os povos das nações unidas, RESOLVIDOS a preservar as gerações vindouras do flagelo da guerra, que por duas vezes, no espaço da nossa vida, trouxe sofrimentos infindáveis à humanidade, e a reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem, da dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direito entre homens e mulheres [...] e a estabelecer condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes do direito internacional possam ser mantidos, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla [...]. (DECLARAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – 1945 apud BARSTED, 2001, p.29).

Em 1948, em Assembléia Geral, a ONU aprovou a Declaração dos Direitos Humanos, apesar da referência de igualdade entre homens e mulheres, a idéia não foi totalmente incorporada. Contudo, as Nações Unidas, em inúmeros outros documentos, manifestou sua preocupação com saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Em 1968, a ONU considera o planejamento familiar como direito humano básico. No Brasil, entretanto, os direitos relativos à reprodução e à maternidade permanecem como anteriormente, como consta na Constituição de 1934, em seu artigo 138 – “Incumbe à União, aos estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: amparar a maternidade e a infância; socorrer as famílias de prole numerosa”.(BRASIL, 1934). A ONU, em 1972, proclama em Assembléia Geral, que 1975 será o Ano Internacional da Mulher.

Em 1974, foi promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em Bucareste, a Conferência Mundial sobre população.

A Conferência de Bucareste, em 1974, teve como tema a nova ordem econômica mundial e a discussão sobre a redução de fecundidade como favorecedora do desenvolvimento (antagonizada pelos defensores da posição inversa, ou seja, o desenvolvimento como responsável pela redução da fecundidade). Os países do Sul insistiam na importância do desenvolvimento, ao passo que os industrializados sustentavam que, sem o planejamento familiar e a conseqüente queda de fecundidade, as economias dos países do Sul não avançariam. (COSTA, 1999, p. 328).

Cabe destacar que, no final dos anos 70, Segundo Ávila & Corrêa (1999), materializavam-se, no mundo inteiro, as orientações adotadas em Bucareste, sendo que os programas não-governamentais de planejamento familiar eram amplamente denunciados.

Em 1975, para acompanhar a situação de milhões de mulheres, ocorre no México a I Conferência Mundial sobre a mulher, representando uma grande iniciativa de promoção de direitos, não de um grupo específico, mas de metade da população mundial.

Para Oliveira (2003), a Conferência do México foi o ponto de partida de uma imensa mobilização da opinião pública mundial, marcando a chegada das mulheres à política internacional e à participação efetiva dos processos democráticos. No ano Internacional da



Mulher, no México, é aprovado um plano de ação proclamando que, entre o período de 1975 a 1985, seria destinado à década da mulher<sup>1</sup>.

Em 1978, acontece a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, onde ficou evidenciada a necessidade de ação dos governos em promoverem a saúde dos povos. Reafirmou-se que a saúde é um direito humano<sup>2</sup> fundamental e que a mais importante meta social mundial é elevar a saúde da população ao mais alto nível possível. O artigo 7º, da Declaração de Alma-Ata trata dos cuidados primários de saúde, destacando que, para tanto, é necessário pelo menos educação e métodos para sua prevenção e controle. E inclui também, em seu artigo 3º, o Planejamento Familiar além dos cuidados de saúde materno-infantil. Ainda na mesma declaração foi reafirmada a importância dos governos formularem políticas para sustentarem os cuidados primários de saúde. Para esse fim era necessário agir com vontade política, mobilizar recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

A Conferência sobre a mulher, realizada no México, em 1975, teve como resultado a elaboração da Convenção Sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as mulheres, em 1979. Por pressão dos movimentos feministas de vários países, essa convenção constituiu-se em um marco histórico na definição Internacional dos Direitos Humanos das mulheres. Em seu artigo 1º, a Convenção considera discriminação contra a mulher:

[...] toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objetivo ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher [...] dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer campo. (BARSTED, 2003).

Ainda em seu artigo 12º a Convenção trata da saúde e do planejamento familiar.

---

<sup>1</sup> A declaração pela ONU, da década da mulher, segundo Formiga Filho (1999), propiciou à mulher brasileira um espaço para discussão, com ênfase as questões de assistência à mulher.

<sup>2</sup> O Brasil apesar da participação em várias Conferências não desenvolveu até a década de 80, políticas de saúde que garantissem os direitos declarados anteriormente, como a Declaração dos Direitos humanos.



Os Estados Partes assegurarão: igualdade de acesso aos serviços de assistência médica, inclusive referente ao planejamento familiar; garantia de serviços médicos e de nutrição pré e pós-parto. (CFEMEA, 1994).

A Convenção<sup>3</sup> lembra, ainda, que a discriminação contra a mulher viola os princípios de igualdade de direitos e de respeito à dignidade humana.

Em 1980, foi realizada em Copenhague, na Dinamarca, a II Conferência Mundial sobre a Mulher – Igualdade, Desenvolvimento e paz. O objetivo traçado para essa década era obter plena participação das mulheres na vida social, econômica e política. Os governos são convocados para promoverem a igualdade de homens e mulheres perante a lei, igualdade de acesso à educação, formação profissional e ao emprego, além de igualdade de condições no emprego, inclusive salário e assistência social. (REDE MULHER, 2003). Nessa Conferência, foram examinados os cinco anos da década da mulher.

Na Conferência do México, em 1984, sobre população e desenvolvimento é organizada uma petição buscando ajuda técnica e financeira junto aos países para a implementação de programas de controle da natalidade<sup>4</sup>.

Para surpresa geral, os estados Unidos, naquele momento assumem outro discurso [...] afirmam que o crescimento demográfico é evento de efeito neutro no desenvolvimento e que as verdadeiras causas de subdesenvolvimento estavam relacionadas à excessiva centralização de suas economias [...] esta argumentação estava dirigida aos países socialistas e comunistas, e sua base estava fundamentada na idéia de que é possível adaptar-se ao crescimento demográfico à medida que os mercados funcionem bem. (COSTA, 1999, p.329).

Na década de 80, antes da realização da III Conferência Mundial da Mulher, em Nairóbi, as Nações Unidas enviaram um questionário para os Estados Membros sobre o cumprimento da

---

<sup>3</sup> O Brasil assinou esta convenção somente em 1981, colocando reservas relativas ao artigo 16, que trata das medidas sobre o casamento e direito de família, pois o código civil brasileiro ainda não reconhecia a igualdade entre o marido e mulher, atribuindo ao homem a chefia da sociedade conjugal.

<sup>4</sup> O Brasil como membro participante da conferência, afirmou estar elaborando uma política de planejamento familiar, destacando que o mesmo não deve ser pensado como solução para os problemas econômicos.



Convenção de 1979, com o objetivo de avaliar seu impacto na vida das mulheres, os obstáculos e avanços para sua realização. De acordo com Piovesan (2001), apesar de poucos questionários serem respondidos, diversas organizações de mulheres apresentavam suas avaliações, que contrariavam as avaliações oficiais. Essas avaliações permitiram que fosse apresentado, em Nairóbi, um diagnóstico preocupante:

A III conferência Mundial Sobre a Mulher revelou ao mundo a grave situação das mulheres em todos os países; o lento avanço da incorporação de suas reivindicações e dos compromissos internacionais e a persistência das discriminações expressas de diversas formas, das mais sutis as mais cruéis. Face a tal constatação, a Conferência de Nairóbi traçou metas para o futuro. (PIOVESAN, 2001, p. 33).

As ações que deveriam ser implementadas visavam à superação da discriminação e desigualdades, deveriam proporcionar o desenvolvimento das mulheres. Nesse sentido, ao afirmar que os direitos das mulheres são direitos humanos, a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, no ano de 1993, pela ONU, introduziu, em todas as conferências ocorridas na década de 90, a perspectiva de gênero. Nos anos 90, a ONU realizou cinco reuniões temáticas internacionais onde questões de gênero, equidade e direitos humanos foram reforçados.

Nas Conferências de Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-92), Direitos Humanos (Viena-93), população e Desenvolvimento (Cairo-94), e nas reuniões de Cúpula Social (Copenhague-95) e do Habitat (Istambul-96), as mulheres foram protagonistas no processo de alargamento da definição tradicional de direitos humanos enunciado nas declarações e planos de ação resultantes desses encontros. (PITANGUY, 1999, p. 33).

A Conferência Internacional de Meio Ambiente e Desenvolvimento aconteceu no Rio de Janeiro, em 1992. Pela primeira vez, ampliou-se o espaço de participação das ONGs, ainda que como observadores das discussões governamentais. Também o movimento de mulheres teve importante participação na Conferência. A Rio-92 inaugurou uma aproximação entre o Governo e

a sociedade civil, sendo reconhecido o papel chave das mulheres na convenção e gestão do meio ambiente.

Em Viena 1993, as Nações Unidas reconheceram que a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres devem ser questões prioritárias para a comunidade internacional, consolidando um caminho iniciado em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos. O Programa de Ação de Viena proclamou que os direitos da mulher e da menina são parte inalienável, integrante e indivisível dos direitos humanos universais. (DECLARAÇÃO DE VIENA, 2003). Foi ampla a participação do movimento de mulheres durante a Conferência. Organizou-se um tribunal simbólico, onde mulheres narravam as violências de que eram vítimas, e apesar de representarem um desrespeito à sua cidadania e integridade pessoais não são consideradas “atentatórias aos direitos humanos nos tratados e convenções da ONU. Dentre as principais conquistas das mulheres, destaca-se o reconhecimento da violência doméstica como uma questão de direitos humanos”. (PITANGUY, 1999, p. 34).

Durante séculos da nossa história, agressões perpetradas por maridos e companheiros contra mulheres não pertenciam ao universo da violência, no sentido de que não eram nem nomeadas enquanto tal. Há um salto paradigmático fundamental, quando essas agressões passam a ser reconhecidas como formas de violência e estas como crimes e violações dos direitos humanos. (PITANGUY, 2002, p.116).

Em 1994, a Organização dos Estados Americanos (OEA) elaborou a Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, que ocorreu no Pará- BR, suprimindo a lacuna da Convenção Sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, que não tratou do tema violência contra as mulheres.

De acordo com Barsted (2001), as Conferências do Cairo (1994) e de Beijing (1995), entre outras contribuíram para que os direitos humanos das mulheres fossem reconhecidos, tendo



em vista a universalidade e a indivisibilidade desses direitos incluindo, ainda, o direito à saúde, com destaque para os direitos reprodutivos. Pode-se dizer que

[...] as vésperas do século XXI, nosso país não só assina todos os documentos relativos ao reconhecimento e às proteções aos direitos humanos das mulheres, como apresenta um quadro legislativo bastante avançado no que se refere à igualdade de direitos entre homens e mulheres. (BARSTED, 2001, p. 34).

Na realidade, esse quadro foi fruto de um longo processo de luta das mulheres pela ampliação de sua cidadania, o movimento feminista brasileiro foi um ator fundamental nesse processo de mudança, denunciando desigualdades, atuando em consonância com o poder legislativo e na interpretação das leis. Desde meados dos anos 70 o movimento vem lutando pela igualdade entre homens e mulheres, defendendo a luta contra a discriminação tanto nas leis como na prática<sup>5</sup>.

O movimento de mulheres, [...] ensejou a conquista de inúmeros novos direitos e obrigações correlatas do Estado, tais como o reconhecimento da igualdade na família, o repúdio à violência doméstica, a igualdade entre filhos, o reconhecimento de direitos reprodutivos, etc. A legislação nacional foi reforçada pelas Convenções, Tratados, Declarações e planos de ação das Conferências das nações Unidas, que criaram um novo direito internacional dos direitos humanos. No entanto, muito ainda precisa ser feito no plano legislativo. (BARSTED, 2001, p. 35).

Os planos e Declarações resultantes das Conferências não têm força de lei, como as Convenções e os Tratados. Eles conferem apenas legitimidade a demandas específicas, estabelecendo um novo patamar ético em que as diferenças deveriam “ser reconhecidas como categorias fundamentais na definição de esferas específicas de respeito e proteção”, como afirma (PITANGUY, 2002, p. 114). A autora coloca, ainda que, nesse mesmo processo, a violência doméstica, a saúde a reprodução e a sexualidade são incorporadas à esfera dos direitos humanos, sendo firmados desde as décadas de 60 e 70 em convenções e declarações da ONU.

---

<sup>5</sup> No Brasil, o movimento contribuiu para a conquista de inúmeros direitos e sua inclusão na Carta Constitucional de 1988.



Não se pode negar os avanços ocorridos em maior ou menor escala na vida das mulheres, porém estas ainda sofrem discriminação de diversas ordens e se deparam com a persistência da violência exercida por motivo de sexo. Para Barsted (2003) flagradas pelas estatísticas sociais que revelam a feminilização da pobreza, a baixa representatividade nos espaços de poder do Estado e da Sociedade, apontam, portanto, para uma enorme distância entre instrumentos legais de proteção aos direitos humanos e as práticas sociais. Se as conseqüências estruturais têm acarretado conseqüências perversas ao homem, têm incidido ainda de forma mais drástica sobre as mulheres.

O grande desafio que se coloca [...] é como atuar para que o reconhecimento dos direitos humanos das mulheres seja capaz de gerar políticas públicas e ações eficazes que concretamente contribuam para o “empoderamento” das mulheres. Em muitos casos, as decisões tomadas em fóruns internacionais, mesmo quando aprovadas por unanimidade, tornam-se mera retórica nos territórios nacionais. (BARSTED, 2001, p. 36).

Segundo Barsted, (2003), em muitos casos, as decisões esbarram em obstáculos culturais e dificuldades de compatibilizar ações na área dos direitos humanos com modelos de desenvolvimento econômico excludentes, portanto incompatíveis com esses direitos. Entretanto, os tratados e Convenções Internacionais e as Declarações originadas a partir das Conferências se não têm a força da lei, devem ser considerados e utilizados como princípios de direito, com essa perspectiva,

O papel dos operadores do direito, que atuam junto aos movimentos sociais, é estratégico para impactar às instituições da justiça, em especial o poder judiciário. Assim, é importante que os movimentos sociais conheçam, debatam e dêem amplo conhecimento a esse instrumentos e mecanismos nacionais e internacionais de proteção aos direitos humanos. (BARSTED, 2003).

A Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento foi celebrada no Cairo, em setembro de 1994, contou com delegações de 182 países. Com 16 capítulos, o Programa de Ação encaminhado à Conferência pelo comitê preparatório abordava o tema da população de



forma abrangente, tendo como pontos prioritários políticas e programas populacionais; população e mulher; planejamento familiar; saúde reprodutiva; crescimento populacional, entre outros.

Em 1994, a Conferência [...] teve papel extremamente importante ao chamar a atenção da comunidade internacional para a saúde reprodutiva e saúde sexual. Em contrapartida às políticas em vigência na maioria dos países que desenvolviam programas verticais de planejamento familiar e programas de redução da fertilidade, estabeleceu-se uma nova agenda internacional, incluindo três temas principais: direitos reprodutivos, empowerment das mulheres e saúde sexual e reprodutiva. Nessa oportunidade, representantes da grande maioria dos países do mundo chegaram a um consenso sobre as definições de saúde reprodutivos e direitos reprodutivos. (GALVÃO, 1999, p. 171).

Na Conferência, o planejamento familiar foi objeto de onze recomendações que ressaltavam a necessidade de os governos fornecerem educação e meios para os casais e indivíduos terem o número desejado de filhos. O capítulo 7º, que trata das questões de saúde reprodutiva, direitos reprodutivos e planejamento familiar, foi objeto de difíceis negociações. A saúde reprodutiva foi definida como sendo:

[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, portanto que as pessoas estejam aptas a terem uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e terem acesso a métodos de planejamento familiar de sua escolha. (ALVES, 2003).

Quanto aos direitos reprodutivos, são eles definidos da seguinte maneira:

Levando em conta a definição da saúde reprodutiva, os direitos reprodutivos englobam certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outros documentos consensuais das Nações Unidas. Tais direitos se baseiam no reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos de decidirem livre e responsavelmente o número, o espaçamento e a época de seus filhos, e de ter em informação e meios de fazê-lo, assim como o direito de atingirem o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva. (ALVES, 2003).

Estabelecidas essas definições fica determinado que o exercício desses direitos deve ser garantido pelo Estado através de políticas e programas estatais. Dentre as medidas recomendadas,



destaca-se o acesso a informações e serviços de saúde reprodutiva e aos métodos contraceptivos. O documento recomenda, ainda, a inclusão nos programas de saúde reprodutiva, “de uma dissuasão da prática de mutilação genital”, ainda muito utilizada.

Quanto ao parágrafo que trata do planejamento familiar, este estabelece que a finalidade é ajudar os casais a alcançarem seus objetivos de procriação e oferecer-lhes toda a oportunidade de exercerem seu direito. Ressalta, ainda, que em nenhum caso deve o aborto ser utilizado como prática de planejamento familiar, recomendando que deve ser oferecido com vistas a evitar a repetição do aborto.

Durante a Conferência, a Santa Sé fez algumas objeções, já conhecidas, e não que diferem das apresentadas em conferências anteriores. Todas se encaminhavam no sentido de rejeitar a idéia de controle de fecundidade por métodos não naturais, do aborto em qualquer circunstância e de práticas que pudessem incentivar as relações extraconjugais ou influenciar a sexualidade de adolescentes.

A implementação das decisões do Cairo dependerá do empenho nas esferas nacionais. Segundo Galvão (1999), as propostas de integralidade da saúde reprodutiva e sexual, englobando todas as “idades, sexos, aspectos sociais e econômicos, direitos individuais, sexuais e reprodutivos”, como os conceitos amplos da saúde da mulher, já estão lançados e exaustivamente discutidos. O maior desafio é uma adoção efetiva desses conceitos.

De acordo com Galvão (1999), a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, na cidade de Pequim, em 1995, confirmou os resultados do Cairo, porém suas metas enfatizaram mais o enfoque de igualdade de gênero, reafirmando o foco nos direitos reprodutivos e humanos individuais.

A Plataforma de ação da IV Conferência indica que a vida e as aspirações das mulheres são restringidas por atitudes discriminatórias. Considera que a emancipação das mulheres é uma

condição básica para a existência da justiça social. Reafirma a igualdade de direitos entre mulheres e homens, o desenvolvimento da paz para todas as mulheres em todos os lugares do mundo. Reconhece que as mulheres têm avançado em suas conquistas, porém, de forma desigual, prejudicando o bem-estar entre os povos.

A Conferência reconhece, ainda, o direito das mulheres de controlarem todos os aspectos de sua saúde, em particular sua fecundidade, assegurando a igualdade de tratamento de homens e mulheres na saúde, promovendo a saúde sexual e reprodutiva. Para Pitanguy (1999), a Conferência de Beijing não só reforçou conquistas anteriores, como avançou em relação à saúde reprodutiva. Quanto à questão do aborto, incorporou um parágrafo da Conferência do Cairo, que trata do aborto como uma questão de saúde pública e solicitando o atendimento de mulheres que solicitam a interrupção da gravidez em circunstâncias previstas em lei. Avançou, ainda, ao solicitar que os governos revejam as punições para mulheres que se submetem ao aborto voluntário

O movimento de incluir os direitos das mulheres nas plataformas internacionais, nas leis e nas políticas públicas nacionais, é fundamental. O caminho de volta traz esses direitos para o conhecimento e apropriação da população é indispensável, sem o qual a cidadania e os direitos humanos não ganham implantação real. (ÁVILA, 2002, p. 140).

É preciso construir uma nova ordem na relação entre homens e mulheres, baseada na equidade como parte de uma ordem social e democrática, uma sociedade que não se sustenta na subordinação das mulheres, mas na igualdade. Porém, as atuais concepções dominantes sobre democracia e o papel do Estado mantêm, ainda, o desencontro entre políticas públicas e as necessidades das mulheres.



## CAPITULO 2 – A POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR X SAÚDE REPRODUTIVA.

O crescimento populacional, no Brasil, atingiu seu auge na década de cinquenta, em função da alta taxa de natalidade e queda nas taxas de mortalidade. Durante a década de 60, a taxa de crescimento populacional entrou em declínio. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), a população vem crescendo menos, como pode ser comprovado no censo de 1996.

A década de 90 teve uma taxa de crescimento anual de 1,38%, nos anos 80 o crescimento foi de 1,93% e, nos anos 70, foi de 2,48%. De acordo com SILVA (2002), com a queda nas taxas de crescimento da população, caiu também a taxa de fecundidade, em 1970 a taxa de fecundidade total era de 5,76; em 1980, de 4,36; em 1985, de 3,3 e em 1995, caiu para 2,52 filhos por mulher. Isso significa que num período de quinze anos a fecundidade total, no Brasil, diminuiu em média para 1,5 filho por mulher. Os dados apontam que a queda da fecundidade, nos últimos anos, se deve à difusão de alguns procedimentos, com destaque para o uso da pílula e da esterilização, particularmente a feminina.(IBGE, 2000).

A transição demográfica brasileira não foi consequência da melhora nas condições de vida. Ocorreu concomitantemente com o empobrecimento da população uma vez que os modelos de desenvolvimento sociais e econômicos, aqui implementados, privilegiaram capitais estrangeiros, acentuando a desigualdade na distribuição de renda.

No Brasil a queda acentuada da taxa de fecundidade, elemento fundamental para a configuração da transição demográfica, aqui realizada, foi acompanhada de violento aumento de miséria social, que contradiz profundamente as teses neo-malthusianas e a própria teoria da modernização. (ÁVILA apud SILVA, 2002 p. 60).

A diminuição de fecundidade, no Brasil, sempre foi assunto controverso. Essa redução no número de filhos que vem ocorrendo pode estar relacionada à alteração da estrutura social do país, implícita numa nova ordem urbano-industrial. Essa estrutura impulsionou mudanças no

processo de urbanização fazendo com que as famílias abandonassem o campo, estabelecendo-se nas cidades, obrigando-as a procurarem alternativas de sobrevivência. Uma delas pode ter sido, segundo Coelho (2000), a redução do número de filhos, até porque não mais eram necessários como antes para mão de obra no campo.

O deslocamento das famílias para as cidades fez com que as mulheres passassem da condição de trabalhadoras do lar e/ou do campo para trabalhadoras das grandes cidades. Gradativamente, incrementam o seu comparecimento no mercado de trabalho ampliando, dessa forma, suas aspirações de cidadania.

O acelerado processo de urbanização, a prevalência de um padrão restrito de família, a maior participação da mulher no mercado de trabalho e as restrições impostas por um contexto de crise e insegurança econômica foram importantes na determinação da queda da fecundidade. Esse declínio pode ser atribuído também a fatores como: o avanço em relação às opções contraceptivas, o investimento de organizações internacionais voltadas à contracepção, a indefinição de uma política do Estado em relação à contracepção. De acordo com Silva (2002), anteriormente, pensava-se que o único motivo pelo qual a mulher poderia controlar sua fecundidade estava relacionado à pobreza, no entanto, o feminismo legitima outras razões para essa conduta, como, por exemplo, a inserção da mulher no mercado de trabalho.

Segundo Beauvoir apud Coelho (2000), a descoberta de diversas formas de anticoncepção possibilitou à mulher dissociar duas funções: a sexual e a reprodutora. Livre, em parte, da reprodução, a mulher podia desempenhar o papel econômico.

Após 1964, começam a surgir algumas preocupações com o controle do crescimento da população, sendo visto pelos militares como uma ameaça à segurança nacional. Além disso, certa parcela da elite brasileira passou a achar que a expansão demográfica poderia significar obstáculos ao desenvolvimento nacional.



Surge, no cenário internacional, uma instituição de planejamento familiar, de início, encabeçado por quatro mulheres que lideraram as campanhas de esclarecimento sobre o assunto, Margareth Sanger nos Estados Unidos, em 1912; por volta de 1920, a médica inglesa Mary Stopes e na Índia, Lady Rama, pouco depois, na Suécia, em 1933, Elisa Jansen. Com base no pioneirismo dessas quatro mulheres, funda-se, em 1952, em Bombaim, na Índia, a “International Planned Parenthood Federation -IPPF”, Carvalho (1986). O IPPF virá nos anos sessenta, financiar entidades e outras instituições que, no Brasil, realizaram o planejamento familiar.

No Brasil, em 1965, segundo Coelho (2000), discutia-se a necessidade de um programa de planejamento familiar, após a apresentação do trabalho sobre “aborto provocado”, durante a XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Além do aborto provocado, as condições de vida da população brasileira serviram de argumento para que um grupo de médicos participantes da jornada, aliados a personalidades nas áreas da Economia, Sociologia e Direito fundasse a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM<sup>1</sup>, criada em novembro de 1965, como uma entidade privada sem fins lucrativos, com sede no Rio de Janeiro, mas com intervenções em quase todo território nacional. Financiada por capital internacional e apoiado pela Federação Internacional do Planejamento Familiar (IPPF), tinha como objetivo financiar clínicas de controle da natalidade por todo o país. Desenvolviavam um projeto educativo difundindo as vantagens de uma família reduzida e o uso de práticas anticonceptivas modernas.

O Brasil, até então, oficialmente ignorava os movimentos de controle da natalidade. Os movimentos que surgiam usavam como estratégia a prevenção do aborto provocado, que se constituía como a principal causa de morte materna no país.

---

<sup>1</sup> Para maiores esclarecimentos sobre BEMFAM, consultar Elza Berger Salema Coelho, em **A Enfermagem e o Planejamento Familiar: As interfaces da contracepção**. Tese de doutorado da UFSC, 2000.



De acordo com Costa (1999), nesse mesmo período, ocorreu a criação de uma outra instituição médica, o Centro de Pesquisa e Assistência integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC), cuja estratégia foi mais agressiva e eficaz na criação de uma ideologia contraceptiva no meio médico. Com a criação da instituição, foram financiados treinamentos de profissionais, além de a mesma sustentar uma verdadeira rede de médicos que realizavam esterilização cirúrgica.

Nas décadas de 60 e 70, a argumentação favorável ao controle demográfico no Brasil sustentava que o crescimento econômico e desenvolvimento só seriam possíveis com intervenções dirigidas à redução do ritmo de crescimento populacional. Nesse debate também participava a Igreja, que no final dos anos 70, passou a admitir um certo controle da fecundidade, desde que o método utilizado fosse a abstinência periódica. Nessa época, as mulheres brasileiras inspiradas pelo feminismo internacional e no clima de liberdade sexual conferido pelo uso da pílula contraceptiva vinham processando a ruptura com o papel social a elas atribuído, a maternidade e a profissão de dona de casa.

Nesse contexto, elas passam a demandar pelo controle da fecundidade, com claras aspirações por vivências sexuais desvinculadas da procriação. No entanto, os serviços de saúde ainda não estavam habilitados ao atendimento destas necessidades, restrito apenas aos serviços – de baixa cobertura – oferecidos pelas instituições do tipo BEMFAM ou CPAIMC. (COSTA, 1999, p. 326).

Na Conferência Mundial sobre População, em 1974, em Bucareste, promovida pela Organização Mundial de Saúde –OMS, a delegação do Brasil, segundo Rodrigues apud Coelho (2000), representada pelo então embaixador Miguel Osório de Almeida defendia a posição natalista revelando a intenção de não limitar o crescimento da população, pois considerava o país um dos poucos com possibilidade de crescimento e, em seus princípios básicos, entendia que a política demográfica brasileira é de domínio soberano do Governo brasileiro, que não aceitaria interferência externa, de caráter oficial ou privado, na sua política demográfica. Controlar a



natalidade é uma decisão do núcleo familiar, o qual a esse respeito não deve sofrer interferência governamental.

Esses argumentos sugerem a ambigüidade do posicionamento sobre a questão. No contexto internacional, o Estado defendia uma posição natalista, em contrapartida, o controle de natalidade, para muitas mulheres, era uma realidade, tendo em vista as atividades desenvolvidas pelas várias instituições não governamentais nessa área.

Essa indefinição de uma política sobre a reprodução caracteriza-se como o “Estado de duas caras”. Segundo Costa (1999), algumas análises apontam essa situação como uma “omissão planejada”, ou seja, uma política implícita de regulação em que o governo não atuava, mas permitia a ação de agências internacionais de controle da natalidade.

A ambigüidade do Governo brasileiro, em meio ao debate entre controlistas e anticontrolistas da natalidade, traduzia-se na ausência de programas e ações que atendessem às demandas existentes por contracepção, enquanto permitia a ação progressiva de entidades privadas e estrangeiras na realização da esterilização por laqueadura tubária e distribuição indiscriminada de contraceptivos. (COSTA & AQUINO. 2000 p. 185).

Em meados dos anos 70, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Saúde Materno Infantil - PSMI, em que o planejamento familiar figurava discretamente sob o nome de “Paternidade Responsável”. Nessa mesma década, no ano de 1977, foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR). Segundo Costa (1999), o programa foi recebido com uma reação contrária pela sociedade, principalmente pelos movimentos de saúde, que entendiam a iniciativa do Ministério como uma estratégia voltada ao controle demográfico, já que os chamados critérios de risco encaminhavam um controle de nascimentos entre a população pobre e negra.

Essa conjuntura permitiu o surgimento de um novo discurso, baseado nos princípios do direito à saúde e na autonomia das mulheres e dos casais na definição do tamanho de sua prole.



Esse consenso, amplamente discutido pela sociedade civil, teve como respaldo o processo avançado da reforma sanitária brasileira, que definiu saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

A partir da década de 70, em particular na década de 80, com a redemocratização do País, as temáticas da sexualidade e da reprodução passaram a ser discutidas com muita regularidade no Congresso Nacional, envolvendo questões como controle de natalidade, políticas populacionais, planejamento familiar, assistência à saúde materna aborto<sup>2</sup> e esterilização e, mais recentemente, novas tecnologias reprodutivas. (BARSTED, 1999, p. 61).

O Planejamento familiar, ao ser estudado por Sobrinho (1993), refere-se a três etapas quanto a essa temática: entre o século XIX até 1964, vivenciamos a difusão do que ele denomina “pró – natalismo”; de 1964 a 1974 compreende o período em que as políticas antinatalistas contrapunham-se às políticas anticontrolistas. E somente após esse período, em 1983<sup>3</sup>, é que surge no Brasil o planejamento familiar de uma maneira mais sedimentada.

O Ministério da Saúde divulga em 1983 o Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM<sup>4</sup>, que seria desenvolvido pela rede pública de Assistência à saúde, ajustando-se às necessidades epidemiológicas e requerimentos de cada localidade, de cada população. O PAISM foi apresentado pelo então Ministro da saúde, Valdir Arcoverde, durante seu depoimento à comissão parlamentar que investigava os aspectos do crescimento populacional. Este se constituía em um conjunto de princípios e diretrizes destinadas às mulheres nas diversas etapas e situações de sua vida, incluindo-se a fase reprodutiva.

A partir desse programa, o governo tinha como objetivo, além de aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionar a equidade na utilização desses serviços a

<sup>2</sup> Sobre os projetos de legalização do aborto nas décadas de 70 e 80, ver Legalização e descriminalização do aborto no Brasil: 10 anos de luta feminista. 1992 Leila Linhares Barsted.

<sup>3</sup> Neste estudo, o autor procura revelar a história do pensamento ou da ideologia controlista e não-controlista no país e do processo de incorporação destas ideologias ao discurso e programas oficiais voltados à saúde da mulher.

<sup>4</sup> Para maiores esclarecimentos sobre o PAISM, consultar bibliografia: Questões da Saúde Reprodutiva e Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil.



toda a população, melhorar a qualidade da assistência ao parto, desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de Planejamento Familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.

Ao analisar a história do PAISM, Osis conclui ter sido ele pioneiro, mesmo no cenário mundial, ao propor atendimento da saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral da saúde da mulher, e não mais a utilização de ações isoladas de planejamento familiar. (...) o PAISM enfatiza a necessidade de acesso à atenção preventiva e curativa, informação sobre o corpo e saúde, e esse conhecimento deveria *empower* as mulheres. Apesar de não estar explícita no programa a expressão saúde reprodutiva, sua definição de saúde integral inclui plenamente a definição da saúde reprodutiva adotada pela OMS em 1988, e ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e Beijing em 1995. (GALVÃO, 1999 P. 175).

Esse programa está vinculado à expansão e consolidação da rede básica de serviços, contudo sua implantação não ocorreu efetivamente. Segundo Corrêa (1992), o fato de o programa não sair do papel é interpretado apenas como mais uma etapa de uma política explícita de controle populacional.

De acordo com Galvão (1999), essa inoperância do PAISM não pode ser analisada de forma isolada, mas no contexto do caos em que se encontra todo o sistema público de saúde no país; e que, apesar dessa situação, ainda existe compromisso de pessoas e instituições em defesa da atenção integral à saúde da mulher e de sua efetiva implementação no país.

Apesar de todos os impasses e contramarchas em sua implementação, o ideário do PAISM ainda continua sendo uma referência para o movimento de mulheres, bem como para a maioria dos gestores municipais. O conceito de integralidade nele presente contém um potencial de crítica à forma como a medicina moderna concebe a saúde, e a incorporação desse conceito é de tal ordem que as mudanças necessárias têm caráter estrutural e de longo prazo. Desse modo, a integralidade parece ser um elemento-chave na articulação de interesses entre mulheres e demais segmentos da luta pelo direito à saúde no Brasil. (COSTA & AQUINO, 2000, p.199).

Na Conferência sobre População em 1984, no México, o Brasil declarou sua soberania nas questões de população, afirmando que, em relação ao planejamento familiar, está elaborando



um programa dentro da estratégia de assistência integral a saúde da mulher. Durante muitos anos, foram enviados ao Congresso Nacional, projetos de Lei para legalizar o Planejamento familiar no Brasil, mas não foram aprovados. Segundo Costa (1999), a fragilidade política com que o Ministério da Saúde enfrentou a situação, criou um vácuo institucional, permitindo que instituições financiadas com capital estrangeiro desenvolvessem programas ditos de planejamento familiar e o governo Federal não cerceava tais iniciativas.

Segundo documentos oficiais de 1984, o Ministério da Saúde se manifesta a esse respeito, dizendo “ao Planejamento Familiar deve ser atribuído, portanto, o lugar adequado no contexto das ações de saúde. Não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ter ignorado a sua interface com o setor da saúde”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud SILVA, 2002 p. 30).

As mulheres queriam meios de regulação da fecundidade, mas o Estado não os oferecia. Nos programas não-governamentais, o autoritarismo das operações, a falta de informações adequada e a má qualidade dos serviços oferecidos faziam com que as mulheres vivessem experiências trágicas ao usar os métodos oferecidos, terminando por desacreditar a anticoncepção reversível e se orientando gradativamente para a opção preferencial da esterilização. No início dos anos 80, já estava tomando forma no país um “mercado” de demanda e oferta de laqueadura tubária. (ÁVILA & CORRÊA, 1999. p. 86).

De acordo com Sobrinho (1993), milhares de mulheres foram esterilizadas através desses programas, apesar de que utilizavam, em geral, a indicação do número de filhos e a idade das clientes para a realização da laqueadura parecendo, a princípio, não ser algo indiscriminado. No entanto, as críticas que sofriam os programas e projetos dessas Instituições, era de prestarem atendimento em planejamento familiar “puro e simples”, sem que levassem em conta outros problemas de saúde da mulher, assim como atendimento preventivo não só em contracepção. Para ter maior aceitabilidade, tais programas passaram a prestar atendimento à mulher de forma



mais global, através de trabalhos de grupos com mulheres de diferente faixa etária, abordando temáticas como aleitamento materno, sexualidade feminina, entre outras.

Toda mulher tem direito ao acesso a métodos de contracepção no momento em que assim o desejar. Independentemente de qualquer política demográfica que possa ou não existir no país, o Planejamento familiar, por direito individual ou de atenção médica, tem lugar garantido.

Durante a 8ª Conferencia Nacional de Saúde (1986), reafirmou-se que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e, como tal, deve ser garantida pela Constituição e pela reforma sanitária. Para tanto, é preciso construir um Sistema Único de Saúde (SUS) regionalizado, hierarquizado e que garanta atendimento integral, igualitário e de qualidade. Entretanto, o Estado e a sociedade não vêm conseguindo viabilizar alguns pressupostos básicos do SUS. A equidade não atingida e a regularidade dos programas de atenção à mulher e o planejamento familiar na rede primária de saúde, até porque não basta apenas distribuir anticoncepcionais sem que as mulheres recebam acompanhamento e orientações. Para as mulheres, a luta pela saúde, como espaço de construção da cidadania, tem sentido urgente, pois sendo elas usuárias da rede pública, são as principais vítimas de sua ineficiência.

Nosso sistema de saúde esteve tradicionalmente sempre voltado para as ações curativas, e isso acontece, entre outras razões, porque o modelo médico adotado em nossa sociedade fragmenta os indivíduos como se eles não fossem únicos, singulares e indivisíveis. (...) Mas a prática desse modelo tem dado demonstração de que não é capaz, na realidade, de resolver a maioria dos problemas de saúde da população e, em particular, das mulheres. (COSTA E GUIMARÃES, 2000, p.13).

A partir de meados dos anos 80, o campo da saúde da mulher, ou saúde reprodutiva, passa a receber grande atenção. Nesse novo contexto, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), da Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana no Ministério da Saúde e, especialmente, as formulações do PAISM, são referências fundamentais



para a institucionalização dos direitos da Mulher pelo Estado brasileiro. Entre 1985 e 1989, a agenda de saúde da mulher, como tal definida pelo PAISM, também seria objeto de investigação e atenção do CNDM.

Esse órgão teve papel fundamental como articulador dos eventos nacionais, como repassador de informações para todos os grupos do país e como órgão de defesa dos direitos da saúde feminina e da reprodução; atuou com veemência nos ministérios da Saúde e da Previdência; garantiu, também, a publicação e disseminação de cartilhas de apoio para a realização dos trabalhos educativos em saúde da mulher. (ÁVILA & CORRÊA, 1999 P. 79).

Ainda de acordo com os autores anteriormente citados, nessa etapa, dois momentos são relevantes, a Assembléia Nacional Constituinte e a Primeira Conferência de Saúde da Mulher. Na elaboração da Constituição, com pressão do movimento feminista e com apoio do CNDM, foi aprovado o artigo do planejamento familiar, que protege a saúde da mulher com base na dignidade humana, e impediu-se a inclusão da premissa de “direito à vida desde a concepção” no preâmbulo Constitucional, agenda mobilizada através da Igreja católica e pela bancada evangélica.

As atividades de planejamento familiar tiveram, durante os anos 80, grande destaque nos países em desenvolvimento, mas, ao mesmo tempo, diferentes grupos, incluindo profissionais de saúde, movimento de mulheres e usuárias, começaram a demonstrar insatisfação com os programas verticais<sup>5</sup>. Tais programas não tinham preocupações específicas e integração com programas para a saúde da mulher, as perspectivas das usuárias, a qualidade dos serviços e principalmente a melhora na qualidade de vida. Nesse período, houve uma reavaliação das políticas internacionais, iniciando, em âmbito mundial, um debate<sup>6</sup> para a promoção e maior

---

<sup>5</sup> De acordo com Galvão (1999), entende-se por programas verticais a segmentação dos serviços de saúde como, por exemplo: saúde da criança, saúde materna, contracepção com orçamentos e sistemas de provisão específicos.

<sup>6</sup> O debate em âmbito mundial teve início através da Iniciativa Internacional para a maternidade Segura, a Década da Mulher através da ONU e o Movimento de sobrevivência Infantil.



integração dos programas de planejamento familiar com programas mais amplos de saúde da mulher.

Durante todo o processo, profissionais da saúde, o movimento internacional de mulheres e os cientistas sociais tiveram papel extremamente importante. Esses grupos conseguiram chegar a consensos sobre muitos conceitos, entretanto, ainda hoje, aguarda-se sua difusão, expansão e implementação efetiva.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, garante a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e o acesso igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, através de um sistema único de saúde.

O texto constitucional consagra a saúde como produto social e estabelece as bases legais dos municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde. Viabilizar o acesso a esses direitos passa a ser uma obrigação das instâncias do Governo, através dos níveis federais, estaduais e municipais. A saúde é incluída no capítulo da Seguridade Social, que é um conjunto de ações de Saúde, Previdência e Assistência Social, com financiamento comum, e para organizar o financiamento do SUS, são elaboradas e aprovadas as Leis Orgânicas de Saúde: Lei 8080/90 e a Lei 8142/90.

O Planejamento Familiar só entra realmente em cena, no Brasil, como Política de Atenção básica, na Constituição de 1988, quando foi garantido a todo cidadão brasileiro tal direito a questão relativa à natalidade passa a acontecer na esfera pública e sua efetivação deve se dar através do acesso tanto à informação quanto aos métodos contraceptivos.

Na década de 90, houve um redirecionamento das políticas internacionais, com o objetivo de ampliar o debate sobre políticas populacionais, culminando com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1994, no Cairo, e a IV Conferência Mundial Sobre a

mulher, em 1995, em Beijing. Nesse contexto, a linguagem relativa à saúde das mulheres e dos homens vem evoluindo e, ao longo dos anos. Conceitos como planejamento familiar, saúde da mulher, saúde reprodutiva, entre muito outros, têm sido alvo de consensos nacionais e internacionais. Na Conferência do Cairo, como visto anteriormente, com base nos direitos humanos e no conceito de desenvolvimento sustentável, a saúde reprodutiva fica definida como, um completo estado de bem estar físico e mental, a saúde reprodutiva implica que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual segura e a liberdade de reproduzir-se quando e quantas vezes desejarem. Para tanto devem estar informados e ter acesso a métodos de planejamento familiar de sua escolha.

Fazendo um paralelo entre da trajetória conceitual entre saúde e saúde reprodutiva verifica-se que, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como um completo estado de bem-estar físico e mental e não apenas ausência de enfermidade. Mais recentemente, a OMS desenvolveu uma nova definição para saúde, que reconhece os laços entre o indivíduo e o meio ambiente.

A habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo, enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas. (GALVÃO, 1999. p. 166).

Nessa perspectiva, a saúde não é apenas responsabilidade do setor saúde, mas de instituições que possam influenciar o bem-estar dos indivíduos. Assim como ocorreu com o conceito de saúde, os conceitos de saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher também teve uma evolução marcante no cenário mundial, e nacional em especial nas duas últimas décadas.

Em 1996, é aprovada, no Brasil, a Lei do Planejamento Familiar, com base no parágrafo 7º, do artigo 226 da Constituição Federal, que protege a saúde da mulher, fundamentada nos princípios da dignidade humana.



Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o Planejamento Familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988, art. 226, § 7º).

Contudo, como enfatiza Coelho (2000), a carta Constitucional pode ser excelente, porém pode permanecer letra morta até que sua regulamentação não crie estruturas que atendam as necessidades básicas da comunidade.

Apesar do planejamento familiar ser considerado direito humano básico, declarado e reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1968. No Brasil, esse direito é reconhecido somente com a aprovação da lei 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, que declara no capítulo 1º, art. 2º, o planejamento familiar como um conjunto de ações que regulam a fecundidade, que garanta à mulher, homem ou casal direitos iguais para aumentar ou diminuir sua prole. A mesma lei, em seu art. 9º, assegura que para tanto serão oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção aceitos que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas.

A realidade brasileira, apesar da legalização do Planejamento Familiar em 1988, quando se trata de saúde reprodutiva, tem índices vergonhosos, abortos clandestinos, gravidez na adolescência e morte materna<sup>7</sup>. Segundo Souza (1987), estima-se que morrem aproximadamente 5.000 mulheres a cada ano, no Brasil. Estima-se, ainda, que 98% dessas mortes poderiam ser evitadas, se as condições de vida dessas mulheres e os serviços de saúde fossem melhores.

A realidade de saúde da população feminina brasileira demonstra que, apesar de bem formuladas, as políticas não têm sido implementadas. A afirmativa pode ser comprovada tomando-se alguns indicadores de saúde reprodutiva como exemplo. A mortalidade materna, oficialmente registrada em 114,2 óbitos por 100.000 nascidos vivos para o ano de 1991, situa o Brasil entre os países de alto risco para os direitos reprodutivos, especialmente no exercício daquela função mais valorizada socialmente para a mulher: a maternidade (a título de

<sup>7</sup> Morte materna segundo a Classificação Internacional de Doenças-CID-, “é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.



curiosidade, ressalta-se que esta taxa é 25 vezes maior que a canadense). (COSTA, 1999 p. 332).

É fundamental pensar a interlocução entre mortalidade materna e planejamento familiar, principalmente quando se pensa na fragmentação entre informação e acesso aos métodos contraceptivos.

De acordo com Silva (2002), a sociedade brasileira conviveu, e ainda convive, com entidades que defendem o Planejamento Familiar como controle de natalidade, através da distribuição indiscriminada de contraceptivos e da esterilização feminina. Esses discursos estão fundamentados em questões sociais, que associam pobreza ao número de filhos, e como há muito estão sendo disseminados, fazem parte de uma cultura popular em que o declínio da fecundidade, no Brasil, está relacionado à inserção da mulher no mercado de trabalho e à insegurança econômica. Apesar do espaço conquistado pelas mulheres, não se pode esquecer que é preciso avançar muito em seus direitos para ter sua sexualidade e sua saúde reprodutiva respeitadas.

No Brasil, onde se vive uma cidadania excludente, com desigualdades antigas somadas às novas, é impossível avançar na luta por saúde. Fica claro que o tema saúde e sexualidade eram, e ainda são, preocupações essenciais para o cotidiano das mulheres que querem ser respeitadas e valorizadas em sua dignidade e capacidade de decisão, sendo capaz de desfrutar plenamente de seus direitos individuais, sociais e políticos.

A experiência demonstra que é necessário não apenas ter boas intenções e um programa normativamente correto para atender bem a mulher. É preciso desenvolver, cada vez mais, a capacidade de gerenciar os serviços e de formar profissionais da saúde orientada a uma assistência integral e humana, com equidade [...]. (SILVER, 1999, p. 308).

Na virada do século, as mulheres lutam para manter os resultados de seus avanços, fazendo valer as leis já existentes no que tange a saúde e direitos reprodutivos. Abrem-se outros campos de atuação e reflexão como em relação ao HIV/Aids.



As mulheres continuam a influenciar as políticas públicas, através de cargos em órgãos públicos, trabalhando nos conselhos, e áreas ligadas à saúde, levando as discussões de Cairo e Beijing para espaços acadêmicos, hospitalares, entre outros. Ainda há muito por fazer nesse percurso e um enorme esforço para “permanecer”. Segundo Pitanguy (1999), entretanto deve-se reconhecer que, em uma perspectiva histórica, houve um avanço do movimento de mulheres e seu desenvolvimento em termos da ampliação da cidadania da mulher, e, mais especificamente, dos seus direitos reprodutivos.

### **CAPITULO 3 - A SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL - DIMENSÕES LEGAIS.**

Ao longo da história do surgimento dos programas voltados à saúde da mulher, principalmente no que se refere à saúde reprodutiva, estiveram interligados vários pensamentos ideológicos. Os pensamentos e direcionamentos relacionados ao planejamento familiar vinham sempre vinculados a programas de saúde que enfatizassem a saúde materno-infantil e a prevenção do aborto, nunca abertamente, quase sempre por vias indiretas. A desvinculação dessas perspectivas únicas para a compreensão da saúde da mulher em sua integralidade, ou seja, a saúde da mulher compreendida não apenas no seu ciclo vital, gravidez e lactação, mas em todos os aspectos de sua saúde, acontece em 1983 com o surgimento do plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Pode-se dizer que, a partir dessa data, o planejamento familiar surgiu oficialmente no Brasil, com participação governamental. A criação do programa representou um marco histórico nas políticas públicas voltadas às mulheres.

A mulher brasileira, ao longo de sua história, vem lutando para que a nossa Constituição e as demais leis contenham a igualdade de direitos e deveres entre as pessoas independentemente de raça, credo ou cor. Todos esses direitos constitucionais só foram alcançados no século XX. Discutidos e aprovados em Conferências, os direitos das mulheres, no Brasil, datam de 1934, e na Constituição daquele ano, declara que cabe à União, Estados e municípios amparar a infância e a maternidade. Doze anos após a Constituição de 1946, reafirma a obrigatoriedade de assistência à maternidade e garante, através do artigo 157, § X, o descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do emprego e salário.

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, muitas reivindicações dos movimentos sociais foram incorporadas à carta constitucional. A saúde é reconhecida como direito universal, que deve ser garantido pelo Estado mediante políticas que visem à redução do



risco de doenças, com ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O direito a saúde é também um direito social, expresso através do art. 6º, juntamente com o trabalho, a educação a segurança, assim como a maternidade e a infância. Deve ser garantida a todos, pois todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. A Constituição reconhece, também, o direito ao planejamento familiar, que determina:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art. 226, § 7º).

Os avanços inscritos na Constituição de 1988 deparam-se, no início dos anos 1990, com a Reforma do Estado, implementada no país, em detrimento das obrigações do Estado com a assistência à saúde, tendo repercussões diretas ao atendimento da saúde da população feminina inserida em uma realidade de assistência médica precária.

Ainda que a crise da saúde no Brasil tenha elementos comuns com outras ocorridas nas sociedades industriais, as singularidades de um país de economia periférica, industrialização retardatária e dependente, em um modelo altamente concentrador de renda e produtor de desigualdades sociais, traduz-se em um quadro dramático que combina dificuldades de acesso aos serviços de saúde e iatrogenia<sup>1</sup>. Apenas a título de exemplo, pode ser citada a persistência de altas taxas de mortalidade materna em um contexto de intensa medicalização da gravidez e do parto, que se traduz em uma “epidemia” de cesáreas e de esterilização em massa de mulheres ainda jovens em todo o país.

É importante destacar que, em um contexto de grandes desigualdades sociais, as consequências da globalização sobre as mulheres pobres assumem dimensões mais graves [...]. (COSTA & AQUINO, 2000, p. 192).

Se, nos anos 1980, o desafio do movimento feminista era o reconhecimento das mulheres como sujeitos de direito e necessidades específicas dentro das concepções de saúde pública, na década seguinte, esse desafio foi pressionar o Estado para novas formas de gestão, visando a transformação e incorporação de políticas e programas de interesse para as mulheres.

<sup>1</sup> Entende-se por iatrogenia, a alteração patológica provocada no paciente por tratamento de qualquer tipo. (Dicionário Aurélio, 1999).

Durante muitos anos, foram enviados ao Congresso Nacional projetos de Lei para legalizar o Planejamento Familiar no Brasil. Somente em 12 de Janeiro de 1996, é aprovada a Lei 9263 que trata do Planejamento familiar, que além de regulamentar o exercício do direito reprodutivo - dentro de uma visão de atendimento integral à saúde, proibindo a utilização de ações políticas para qualquer tipo de controle demográfico – regulamenta, também, a esterilização no País.

A Lei do Planejamento Familiar se estabelece como uma política de saúde, passando a fazer parte do segmento das políticas públicas. A conquista do direito ao planejamento familiar é estabelecida em diretrizes que devem ser cumpridas. Em tais diretrizes, fica claramente explicita a livre decisão do casal, a responsabilidade do Estado em destinar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, assim como não se deve vincular planejamento familiar com ações de controle demográfico.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo Único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle. (Brasil, 1996).

O planejamento familiar é uma Política de Atenção Básica<sup>2</sup> - devendo ser necessariamente formulada em cada instância, dessa forma, a descentralização tem papel importante, uma vez que leva em consideração aspectos específicos de cada região. A Norma Operacional Básica de

---

<sup>2</sup> Entende-se por um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenções dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento



1996– NOB 96<sup>3</sup> reafirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação de saúde da sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão.

A possibilidade de decidir livremente a respeito de quando e quantos filhos se quer ter é um direito de todo cidadão. Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana o planejamento familiar é de livre decisão do casal e cabe ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito. No entanto, apesar dos avanços conquistados em torno dessa questão, a situação da saúde reprodutiva, no Brasil, está longe de configurar um quadro considerado como aceitável.

O conceito de planejamento familiar não deveria ser restringido apenas aos aspectos procriativos, deveria abranger um conjunto de aspirações que contemplasse a saúde de forma integral, que incluísse moradia, alimentação, lazer, etc., uma vez que

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990).

Contudo, o planejamento familiar está diretamente relacionado com ações de controle de fecundidade ou anticoncepção, ainda hoje, apesar da legislação de planejamento familiar estar pronto, os interesses confundem-se. Embora avançadas em seus princípios as políticas públicas propostas pelo executivo patinam nos processos de implementação. Com a sanção da Lei a rede pública deveria preparar-se para seu cumprimento.

---

e a reabilitação. Busca-se, com isso, avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

<sup>3</sup> Entende-se por NOB, o instrumento de operacionalização dos preceitos da legislação que rege o SUS.

Art. 3º. Parágrafo Único – As instâncias gestoras do Sistema Único de saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no “caput”, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais.(BRASIL, 1996).

O atendimento integral à saúde deve incluir, como atividades básicas de assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis; controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. O planejamento familiar deve orientar-se por ações educativas e preventivas e pela garantia ao acesso a informações, meios e métodos para a regulação da fecundidade.

Art. 4º. Parágrafo Único. O sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.(BRASIL, 1996).

As atividades educativas devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer a clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar questionamento e reflexão sobre temas relacionados tanto à anticoncepção quanto à sexualidade. Cada serviço deve utilizar as ações educativas que melhor se adaptem a sua realidade. Seja qual for o método utilizado, as práticas educativas devem ter caráter participativo.

No Brasil, existe um grande volume de atividades dirigidas à educação de vários segmentos da população, sobretudo aos mais pobres, no campo da cidadania e direitos humanos. [...] No entanto, essas atividades ainda não acontecem na escala necessária. Faltam recursos e outros meios para alcançar em maior grau a população e transformar essas atividades em processos mais contínuos, que possam conferir mais solidez aos resultados.

Produzir material educativo, através de meios e informações acessíveis sobre as leis, sobre os programas das políticas públicas e sociais, sobre as plataformas e outros instrumentos, de forma que possa ser utilizado por quem sabe ler, mas



também por quem ainda não tem essa possibilidade, é ir construindo a popularização e a efetivação de direitos. Incentivar a inserção ou reinserção nas escolas é parte desse processo. (ÁVILA, 2002 p. 139).

Segundo os princípios estabelecidos pela Lei, as ações de planejamento familiar serão exercidas por instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, sendo responsabilidade da direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar, seu funcionamento e fiscalização. É permitida a participação de empresas ou capitais estrangeiros, de forma direta ou indireta, em ações e pesquisa de planejamento familiar, desde que autorizadas e controladas pelo órgão de direção nacional do SUS.

A Lei que trata do Planejamento Familiar foi publicada no Diário Oficial da União em 20/08/1997, com a derrubada do veto do então presidente Fernando Henrique Cardoso, que trata da regulamentação da esterilização.

O Projeto de Lei que regulamentava o artigo 226 da Constituição foi finalmente aprovado com o texto da Lei 9.263/96. No entanto, submetida à apreciação presidencial para ser sancionada, surpreendentemente teve vários artigos vetados. Essa Lei, apesar de incorreções (fruto das negociações necessárias para sua tramitação no Congresso) incorporou propostas do movimento de mulheres. Esse movimento, após o veto presidencial, caracterizado como um “descuido” pelo governo, teve de manter sua mobilização para conseguir, após mais de um ano, que o Congresso rejeitasse o veto e considerasse aprovado o texto integral da lei. (BARSTED. 1999 p. 62).

O presidente baseou sua decisão de veto em um parecer jurídico que considerava a esterilização uma “clara mutilação”. A esterilização cirúrgica, que era ilegal até 1997, enquadrando-se no Artigo 129 do Código Penal, se difundem no Brasil a partir da década de 70. A Lei brasileira não proibia explicitamente a esterilização, porém proibia em seu artigo 129 (CÓDIGO PENAL, 1994), a mutilação física, sendo a esterilização considerada uma lesão corporal em que ocorre inutilização ou perda de um membro, sentido ou função, portanto ilegal, passível de ser punida com pena de detenção de três meses a um ano. A derrubada do veto pelo



Congresso deu-se somente em agosto de 1997, permitindo que as esterilizações cirúrgicas possam ser feitas em hospitais públicos e afiliadas ao SUS.

O procedimento poderá ser feito gratuitamente, em homens e mulheres com capacidade plena e maior de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Durante o prazo de espera, será proporcionado à pessoa acesso aos serviços de regulação de fecundidade, assim como aconselhamento com equipe multidisciplinar, com o intuito de que não seja feita esterilização precoce. De acordo com a lei do planejamento familiar (BRASIL, 1996), é necessário, para que se realize a esterilização, o registro em documento escrito da manifestação da vontade, após receber informações sobre os riscos da cirurgia, dificuldades de reversão e possíveis efeitos colaterais, como também de métodos de contracepção reversíveis existentes. Portanto, o direito só será exercido se o usuário tiver acesso às informações e compreensão necessárias das possibilidades existentes, para que possa fazer a opção correta.

Art. 9º - Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo Único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia. .

Art. 14º - Parágrafo Único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (BRASIL, 1996).

A falta de uma regulamentação quanto à esterilização gerou debates que colocaram em pauta a questão dos direitos reprodutivos. Em 1991, um movimento de mulheres, em parceria com parlamentares, instauram a Comissão parlamentar de Inquérito (CPI) da Esterilização. Essa Comissão documentou os riscos para a saúde da mulher e frente à prática indiscriminada da



esterilização, traduziu - se em projeto de lei, aprovado em 1996, pelo Congresso Nacional (Lei Nº 9263-12/01/96, com veto do Executivo dos artigos que regulamentam a esterilização).

A Lei proíbe a esterilização durante o parto ou aborto, exceto em casos de necessidade comprovada, como no caso de cesarianas sucessivas, à exigência de atestado de gravidez ou esterilização para qualquer fim, vedando, ainda, a indução ou instigamento individual ou coletivo à esterilização cirúrgica. As cirurgias esterilizadoras são práticas comuns no cotidiano de instituições de saúde, incorrendo, muitas vezes, em desrespeito à legislação, porém o não cumprimento da mesma é crime passível de penalidades, que podem variar de multa até detenção ou reclusão.

Art. 17 – Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.  
Pena – reclusão de um a dois anos.

Parágrafo Único – Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956. (BRASIL, 1996).

Na saúde, prevalece, ainda o saber médico que, muitas vezes, desconsidera a legislação agindo em função de seus próprios critérios, fazendo com que mulheres que poderiam fazer a laqueadura entrem em fila de espera, criando-se uma distância entre a lei que autoriza e o serviço da rede pública de saúde que oferece o serviço. Cabe ao profissional compreender que a legislação determina o direito à paternidade responsável e, por isso, o usuário interessado deve ser esclarecido sobre os riscos operatórios, possíveis efeitos colaterais e a irreversibilidade do método.

De acordo com Ávila (2002), o acesso aos meios de contracepção, como parte fundamental do direito ao planejamento familiar, é uma questão social que apresenta um quadro grave atualmente no Brasil: o maciço uso da pílula anticoncepcional e da esterilização feminina, a falta de práticas educativas e métodos reversíveis nos serviços públicos de saúde e a total desinformação da população quanto aos meios para evitar a gravidez. Tudo dentro de um

contexto de relações desiguais de gênero e acentuada pobreza. A laqueadura e a vasectomia são métodos hoje garantidos através da lei do planejamento familiar. A esterilização ocupa, hoje, o primeiro lugar dentre os meios contraceptivos mais utilizados pelas mulheres brasileiras.

Esse panorama leva a afirmar que, sem a efetiva implantação de uma política social, o planejamento familiar está condenado a se reproduzir como uma prática social desigual do ponto de vista de classe e de gênero, pois, apesar de todos os meios legais assegurados, está longe de ser uma prática democrática na vida cotidiana. Além dos problemas causados pela falta de implantação de uma política social no campo dos direitos reprodutivos, as desigualdades de gênero, na vida privada, tornam a prática da contracepção um encargo muito pesado e incerto para as mulheres. (ÁVILA, 2002. p. 137).

Um planejamento familiar acessível a todos, poderia levar a uma mudança na cultura de esterilizações, que perpassa gerações, pois as opções de anticoncepção se ampliam. A lei representa um avanço nas políticas populacionais do país, mas deve ser cumprida e abranger todas as camadas da população, para que se acabe de vez com a prática abusiva de esterilizações. O casal, ao ter acesso a esse tipo de serviço, pode realmente planejar sua prole com a certeza do acesso gratuito à informação e aos métodos anticoncepcionais, para então optar pelo método mais adequado a sua situação.

Levando em conta as conquistas de direitos no plano nacional no que diz respeito à legalização da prática do planejamento familiar, é apropriado ressaltar a relação entre direitos promulgados e acesso a direitos. De acordo com Bobbio (1998), “uma coisa é proclamar o direito outra coisa é desfrutá-lo efetivamente”. Os direitos formalmente alcançados passam a ser uma “conquista esvaziada de realizações práticas”, se forem incapazes de alterar as condições de vida das pessoas.



## **CAPITULO 4 - CONTROVERSIAS ATUAIS - POSIÇÃO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE PÓS-LEGALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.**

Conforme apresentado anteriormente, em 1988, a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição brasileira, sendo pela primeira vez incluída, no texto constitucional, uma seção sobre saúde. Essa conquista é fruto das lutas populares e sindicais. Segundo Nogueira (2002), a área da saúde foi a que mais obteve sucesso, no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais.

O avanço no setor saúde foi reiterado em 1990, com a aprovação das leis orgânicas 8080<sup>1</sup> e 8142<sup>2</sup>. Tais leis foram criadas para dar cumprimento à Carta Constitucional, são leis nacionais que contem diretrizes e limites que devem ser respeitados pela União, Estados e Municípios ao elaborarem suas próprias normas. São destinadas a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e na defesa da saúde.

Para a regulamentação e operacionalização dos princípios constitucionais, foi elaborada a Lei orgânica da Saúde, que organizou e definiu o funcionamento do SUS. [...] Os princípios e diretrizes para o SUS definem-se na universalidade, na equidade e na integralidade. Isto significa que as ações devem se dirigir ao conjunto da população brasileira de forma equitativa e integral- portanto, com qualidade que garanta a resolubilidade dos agravos individuais ou coletivos à saúde. A estratégia principal é a da descentralização municipalizada, com o exercício do controle social e participação da comunidade. (COSTA, 1999, p. 333).

De acordo com Costa & Aquino (2000), a legislação que regulamentou a implantação do Sistema Único de Saúde criou mecanismos para efetivar não apenas a descentralização, mas também a democratização nos processos decisórios e a formulação de políticas setoriais. Nesse

---

<sup>1</sup> Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

<sup>2</sup> Lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS – controle social, através de duas instâncias colegiadas, Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Ambas terão representação paritária, norma e regimento próprios aprovados pelos referidos conselhos.



sentido, foram criados as Conferências de saúde e os Conselhos de Saúde<sup>3</sup> existentes nas três esferas do governo.

Dessa forma, as Conferências representam momentos de reflexão para avaliar a situação da saúde, propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde. Participam das Conferências os vários segmentos sociais e são convocadas pelo Poder Executivo a cada quatro anos e extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de saúde. As Conferências são órgãos consultivos, em que se reúnem todos os setores envolvidos com a saúde, num processo democrático de discussão e proposição sobre a questão.

As Conferências de Saúde representam de modo ideal o momento adequado para articular internamente às diversas competências sanitárias atribuídas a determinado nível de governo e, externamente, estas com as demais políticas que interessam a saúde. (COSTA, 1999, p. 333).

Ao longo do processo de democratização do País, cresce o movimento das organizações de saúde no sentido de traçar caminhos para a saúde pública. No Brasil, foram realizadas onze conferências nacionais de saúde<sup>4</sup>. No entanto, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em outubro de 1986, teve importância fundamental para a saúde pública, visto que, na reorganização dos serviços, a ênfase é dada à atenção à saúde na rede básica. No entanto, a maioria da população continua sem assistência. A conferência teve influência decisiva na formulação da saúde como um direito do cidadão e um dever do estado, posteriormente incorporado à Constituição de 1988.

O conceito ampliado de saúde, formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde e inscrito na Constituição Federal de 1988, representou um avanço ao

---

<sup>3</sup> Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos no âmbito federal, estadual e municipal e atuam sobre a formulação e controle da execução das políticas de saúde. Os Conselhos são compostos por representantes do Governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários, sendo que, no Conselho Nacional, os secretários estaduais e municipais são representados por suas respectivas entidades nacionais – Conass e Conassem – Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de saúde, respectivamente.

<sup>4</sup> Conferências: I 1941; II 1950; III 1963; IV 1967; V 1975; VI 1977; VII 1980; VIII 1986; IX 1992; X 1996 e a XI em 2000.



defini-la como resultado de um conjunto de direitos sociais, expressando as condições de igualdade e remetendo à noção de cidadania. [...] a cidadania não se resume à existência formal de direitos civis, políticos e sociais, mas a possibilidade efetiva de exercê-los.[...] (COSTA & AQUINO, 2000, p. 198).

Outro marco importante do encontro foi que, pela primeira vez, a saúde da mulher mereceu destaque em mesa especial. De acordo com Coelho (2000), o encontro resultou em reivindicação para que o Estado preste assistência à mulher em sua opção de evitar ou interromper uma gravidez indesejada. As afirmativas do evento definem que cabe ao Estado garantir esse direito, isso porque a contracepção é entendida como direito e as mulheres reivindicam o acesso à informação e aos meios de praticá-la de maneira segura para sua saúde. Para tanto, deve ser apoiada pelo conjunto de ações médico-sanitárias a que toda população tem direito, enfatizando, ainda, que, em nenhum momento se reconhece a legitimidade da distribuição de anticoncepcionais e esterilização como sendo ações de saúde.

Segundo nos relata Costa (1999), para as mulheres organizadas em movimentos, a democracia não se refere apenas ao exercício da cidadania na esfera pública, mas também nas relações da vida cotidiana, no trabalho, na família, na educação e na saúde. As novas formas de organização política trouxeram para o debate público temas referentes à saúde e direitos reprodutivos.

Dois momentos de fundamental importância para a população em relação à saúde foram as duas Conferências nacionais que ocorreram na década de 90. A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1992, que teve como tema central a “Municipalização é o Caminho” e a X Conferência Nacional de Saúde, também realizada em Brasília, em 1996, sendo antecedida por quase três mil conferências municipais de saúde em todo país. É somente nas duas últimas conferências Nacionais de saúde que o tema saúde da mulher ganha destaque especial.



Na X Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre os dias 2 e 6 de setembro de 1996, seus participantes reafirmaram o que havia sido determinado na Constituição de 1988 e na legislação do SUS. Considera-se que toda população brasileira tem direito garantido à atenção integral à saúde; para tanto, deve-se observar as diretrizes previstas no artigo 198<sup>5</sup> da Constituição federal e os princípios estabelecidos no artigo 7º da Lei Federal 8080/90<sup>6</sup>.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem garantir a inserção de programas específicos, como também de políticas nas unidades de saúde, como ações diferenciadas na atenção integral à saúde. Dentro dos programas específicos, daremos ênfase ao Programa Saúde da Mulher.

De acordo com o relatório final da X conferência o Ministério da saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais devem

[...] implantar efetiva e imediatamente o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), conforme deliberações da 9ª Conferência Nacional de Saúde, e valorizar as ações voltadas para a saúde da mulher, com discussão e acompanhamento dos Conselhos de Saúde. (BRASIL, 1996).

Entre outras ações, as atenções à saúde da mulher devem contemplar ações para saúde da mulher na terceira idade; acesso facilitado ao planejamento familiar, a ações educativas e informativas em reprodução humana, métodos contraceptivos para mulheres e homens nos serviços de saúde, com prioridade à atenção à adolescência, visando à prevenção da gravidez precoce; atendimento pré-natal acessível; atendimento às mães e recém-nascidos e implantação de UTIs neonatais; desenvolvimento de sistemas de vigilância epidemiológica e acompanhamento às causas de mortalidade materna; atendimento às mulheres portadoras do vírus

---

<sup>5</sup> Artº 198 – As ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral e participação comunitária.

<sup>6</sup> As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artº 198 da Constituição Federal.



HIV e atendimento em casos de aborto permitidos em lei. Cabe ressaltar que a maioria dos participantes dessa conferência se posicionaram contra a legalização do aborto, por ser uma violência contra a vida, reiterando a posição das Igrejas Católicas e evangélicas.

No ano de 2000, é realizada em Brasília a XI Conferência Nacional de Saúde entre os dias 15 e 19 de dezembro, tendo como pressupostos básicos

[...] orientar a ação de movimentos sociais, usuários, trabalhadores, prestadores e gestores envolvidos na construção de um sistema capaz de responder adequadamente, com qualidade e humanização, às necessidades da população brasileira. [...] é grande a diversidade de temas específicos e a riqueza das recomendações. (BRASIL, 2000).

Os participantes apresentam diversas proposições a grupos populacionais de programas específicos, tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS. As propostas voltadas à atenção a saúde da mulher estão orientadas para a política de assistência integral, e a demanda por ações está fundamentada no quadro epidemiológico nacional, com destaque para a elevada taxa de mortalidade materna, alta morbimortalidade por câncer ginecológico e a constatação da ausência de serviços de saúde na abordagem da violência sexual e doméstica.

Neste sentido, no contexto da compreensão da ilegalidade do aborto acarreta importantes agravos à saúde das mulheres e, entendendo ainda que a legislação restritiva à interrupção da gravidez necessita ser revista no sentido da realidade da população e da saúde das mulheres participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde, propõem: Implantar as políticas de assistência à saúde da mulher e da/o adolescente, desde as ações básicas, privilegiando a prevenção- incluindo diagnóstico- até os níveis de emergência e internação; que tais ações respeitem as especificidades oriundas das questões de gênero, raça/etnia e orientação sexual, e que no Orçamento da União sejam assegurados recursos destinados à execução dessas ações. Neste sentido, propomos que o Sistema Único de saúde assuma a implementação da Lei 9263/96, referente ao planejamento familiar, com a introdução de informações confiáveis, métodos seguros e com acompanhamento adequado, respeitando sempre o direito das pessoas de decidir sobre sua prole. (BRASIL, 2000).

Ficam propostas, ainda, as implementações de ações programáticas que contemplem a atenção ao câncer ginecológico e a descriminalização do aborto. Para que seja garantida a

assistência às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, é necessário priorizar o parto normal; a redução da mortalidade materna; a regulamentação das parteiras tradicionais; estimular a implantação do programa Parto Seguro e garantir que as maternidades em geral possam expedir certidões de nascimento.

Segundo Coelho (2000), as mulheres lutaram e lutam para que os direitos reprodutivos sejam pautas de Conferências nacionais ou internacionais ou de encontros e possam assegurar a promoção dos direitos à reprodução como uma aquisição das mulheres para uma justa posição na sociedade. As conferências estabelecem princípios que deveriam nortear as atividades em saúde da mulher e o Estado deveria zelar pelo seu cumprimento. O avanço no campo teórico tem sido impressionante, porém o avanço conceitual não tem sido acompanhado de avanço paralelo na área do atendimento à saúde reprodutiva no Brasil. Na prática, como demonstram estudos realizados no país, os direitos reprodutivos não são respeitados em sua integralidade. Segundo Galvão (1999), as dificuldades de incorporar tais ações vêm sendo provavelmente influenciada por múltiplos fatores, incluindo os políticos, econômicos, culturais e sociais. Um controle social eficaz, um compromisso político importante, a utilização dos recursos de forma adequada, o contínuo envolvimento dos grupos de mulheres e de outras instituições preocupadas com a saúde da mulher e saúde reprodutiva serão essenciais para reverter esse quadro.



#### 4.1 - POSIÇÃO DAS ENTIDADES NÃO GOVERNAMENTAIS QUANTO AS NOÇÕES E PRÁTICAS SOBRE DIREITOS REPRODUTIVOS.

A sociedade brasileira pode ser caracterizada por uma disparidade, ou seja, de um lado, encontra-se uma sociedade industrial moderna, do outro, uma sociedade primitiva, vivendo em nível de subsistência. As desigualdades sociais estiveram presentes em várias ocasiões da nossa história. Ao longo de várias Repúblicas, formadas desde a abolição da escravidão e o fim da monarquia, a questão social passou a ser um elemento essencial de movimentos da sociedade. No curso dessa história, formam-se grupos, classes, movimentos sociais, desenvolvem-se reivindicações. Simultaneamente há uma luta pela cidadania.

A prosperidade do capital está enraizada na exploração do trabalhador, há processos que constituem a base das desigualdades da questão social. O desenvolvimento do capitalismo, a industrialização e a urbanização expandem-se de modo contínuo, dando privilégios à iniciativa privada em detrimento da ação estatal.

Segundo Montañó (1999), o Estado é uma sociedade regida pelo capitalismo, desse modo, não se pode pensar um sem o outro. Atualmente entende-se o Estado como mais abrangente e menos opressor, que cede lugar a uma nova esfera pública ampliada, caracterizada pelo protagonismo político de amplas e crescentes organizações de massa.

Historicamente, a falta de representatividade de um Estado de classe e a satisfação popular levaram, por um lado, os setores sociais subalternos a se manifestarem e participarem por suas reivindicações e direitos. Por outro lado, o aumento progressivo da participação popular (e da cidadania) é incorporado também pelos setores dominantes que procuram impedir os avanços populares. (MONTAÑO, 1999, p. 50).

O autor entende, ainda, que esse processo de expansão da participação da sociedade é considerado pela “intelectualidade especialista” como a expansão do chamado terceiro setor.

Por terceiro setor, entende-se, aqui, a sociedade civil que organiza e busca soluções próprias para as suas necessidades e problemas, fora da lógica do estado e do mercado. Trata-se de um segmento complexo, que engloba inúmeras instituições e relações que existem fora do âmbito do estado e do mercado. Por vezes, este segmento tem sido chamado também de setor sem fins lucrativos, setor da sociedade civil, setor voluntário, setor social-econômico, setor ONG e setor de caridade. (MENEGASSO, 1999, p. 4-5).

O desenvolvimento das categorias do terceiro setor tem tido um crescimento acelerado, pois os indivíduos percebem nessas organizações a possibilidade objetiva de resolução dos conflitos sociais, sendo caracterizadas, inicialmente, pelo respeito à subjetividade e à diversidade das necessidades humanas.

Segundo Sarachu (1999), no final dos anos 60 e durante os anos 70, é dada ênfase aos movimentos sociais e seu desenvolvimento, com o surgimento e expansão de novos atores sociais.

Em los 80 adquieren relevancia central y se consolidan las ONGs, ampliando sus espacios de acción. A fines de los 80, con la reapertura democrática en varios países de la región, la problemática de la sociedad civil y la ciudadanía adquiere relevancia clave. Los años 90 están marcados por las crisis de diversas organizaciones de la sociedad civil y la reforma el Estado y las políticas públicas, la problemática de los excluidos, [...] Estos procesos determinan la necesidad de redefinir ese universo de conceptos y realidades, siendo el “tercer sector” una categoría útil en ese sentido. (SARACHU, 1999, p. 140).

Na década de 70, no Brasil, foram fundadas inúmeras organizações para defender direitos políticos, civis e humanos. Tais organizações autodenominaram-se não-governamentais, marcando a distinção quanto às ações governamentais. As ONGs tiveram papel fundamental nos rumos da sociedade brasileira, sendo uma das responsáveis pela disseminação do conceito de cidadania, como também da entrada de recursos de fundações internacionais no Brasil como a Ford Foundation, MacArthur, entre outras.



A Fundação Ford (Ford Foundation) é uma organização privada sem fins lucrativos, criada em 1936 nos Estados Unidos. Seu trabalho consiste em auxiliar a produção e divulgação do conhecimento, através de doações e empréstimos que, desde sua criação, já chegam a US\$ 10 bilhões. Esses recursos provêm de investimentos e de ações da Companhia Ford.

No Brasil, a Fundação Ford tem seu escritório localizado na cidade do Rio de Janeiro desde 1962, e está entre os treze escritórios espalhados pelo mundo, com o objetivo de permitir parcerias mais próximas com indivíduos e instituições com quem trabalha. A Ford tem como objetivos: fortalecer os valores democráticos; reduzir a pobreza e a injustiça; fomentar a cooperação internacional e promover o progresso humano.

A Fundação tem sido fonte de apoio financeiro a pessoas e organizações comprometidas com o progresso humano, através de doações para pesquisa e treinamento.

Continuamos a perseguir os objetivos da Fundação mediante apoio à pesquisa aplicada, estudos de políticas públicas, o fortalecimento de instituições e projetos de demonstração que gerem respostas inovadoras para as questões sociais e ambientais que mais afligem o Brasil. Em cooperação com especialistas brasileiros, os assessores de programas formulam suas estratégias em torno de um número limitado de assuntos prioritários identificados como fonte de preocupação nacional. [...] Para o biênio 2002-2003, os programas cobrem as seguintes áreas temáticas: desenvolvimento sustentável; sexualidade e saúde reprodutiva; direitos humanos; governo e sociedade civil e educação. (FORD FOUNDATION, 2003).

Conforme mencionado anteriormente, na década de 60, segundo Costa (1999), o Ministério da Saúde passava por uma “fragilidade política”, o que permitiu a criação de vácuo institucional do Estado, favorecendo o surgimento de instituições não-governamentais, que desenvolviam controle demográfico através de programas de planejamento familiar.

Na década de 60, os programas de planejamento familiar, fundamentalmente de Organizações Não-Governamentais (ONGs), tinham orientação claramente demográfica e davam prioridade quase exclusiva ao cumprimento de objetivos quantitativos, [...] O Planejamento familiar foi muito controverso no Brasil e o governo brasileiro nunca adotou um programa oficial a respeito. [...] Pela falta de um programa oficial ou, pelo menos, de autorização explícita, o

planejamento familiar não era privilegiado nas ações de saúde. (DIAZ & DIAZ, 1999, p. 212).

No Brasil, os programas de planejamento familiar, inicialmente, eram oferecidos por organizações não-governamentais, que tinham, segundo Díaz & Díaz (1999), o objetivo principal ou quase único de reduzir a natalidade para obter ou diminuir o crescimento populacional.

Também com essa perspectiva de controle de natalidade, em 1965, surge no Brasil, com sede no Rio de Janeiro, a BEMFAM - Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil, uma organização não-governamental, sem fins lucrativos. Declarada de utilidade pública federal, através do Decreto nº 68.514, de 15/04/71, pelo Presidente Emilio Garrastazu Médici – o que lhe garantiu isenção de Impostos. (COELHO, 2000).

É filiados à “International Planned Parenthood Federation” (IPPF), entidade voluntária que trabalha com saúde reprodutiva e planejamento familiar. Através dos programas Estaduais, Clínicas, Laboratórios e Projetos Sociais, a BEMFAM desenvolve atendimento em saúde sexual e reprodutiva, ações sócio-educativas, que incluem campanhas, seminários, projetos, distribuição de material educativo e informativo, assim como pesquisas na área demográfica e de saúde.

Com o intuito de difundir suas propostas, presta assessoria técnica a órgãos governamentais e não-governamentais, em nível nacional e internacional. Atua, hoje, em 14 Estados brasileiros, atendendo aproximadamente quatro milhões de pessoas por ano, apoiando as atividades – através de convênios - na área de saúde reprodutiva em mais de 1500 postos municipais de saúde.

Suas nove Coordenações Estaduais acompanham os serviços prestados pela rede conveniada, mantendo: assessoria técnica, capacitação, educação, registro e estatística supervisão e suprimento de insumos. Em contrapartida, com total



aproveitamento dos recursos humanos da rede de saúde local, o “conveniado” assume a responsabilidade de integrar os serviços de saúde reprodutiva em sua política de saúde, em conformidade com o modelo de atenção sugerido pela BEMFAM, que segue as diretrizes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Ação Social, preconizados pelo Plano de Ação do Cairo. (BEMFAM, 2003).

Através desses programas, foram realizados cerca de 50 milhões de atendimento nas unidades conveniadas. A BEMFAM possui Clínicas, unidades próprias, centros de referência na área da saúde sexual e reprodutiva, oferecendo treinamentos para profissionais da área de saúde em diversos temas sobre saúde sexual e reprodutiva. Estão localizados nas cidades de Fortaleza, São Luiz, João Pessoa, Recife, Rio de Janeiro e Natal. Conta, ainda, com laboratórios de Citologia e Anatomia Patológica.

A missão da BEMFAM é defender os direitos reprodutivos no exercício da cidadania, promovendo a educação e a assistência à saúde sexual e reprodutiva, em colaboração com órgãos governamentais e setores organizados da sociedade. Para tanto adota estratégias para captação de recursos advindos de: doações nacionais e internacionais de instituições governamentais de saúde; convênios de cooperação técnica para prestação de assistência técnica em saúde; provisão de consultoria técnica nacional e internacional de programas de saúde; projeto de mercado social com comercialização de condons; venda de material educativo; prestação de serviços próprios, através de clínicas e laboratórios; adoção de práticas gerenciais modernas, que resultam em racionalização e redução de custos. (BEMFAM, 2003).

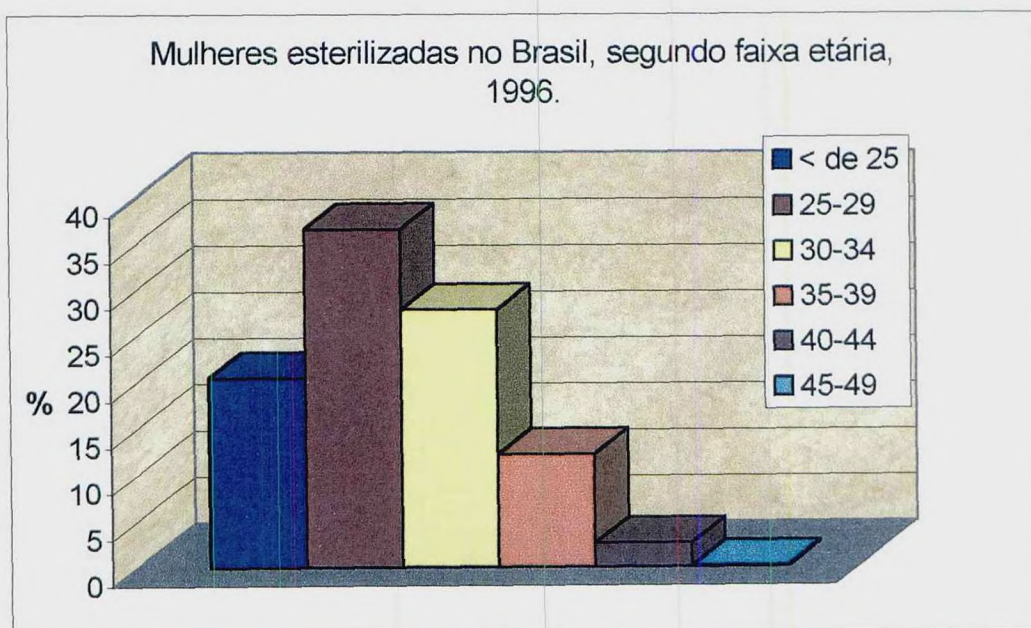
A BEMFAM atua em parceria com instituições nacionais e internacionais entre elas o Ministério da Saúde, através de projetos específicos.

O Planejamento Familiar, para a BEMFAM, é o exercício da paternidade responsável, ou seja, a utilização voluntária e consciente, por parte do casal, do instrumento necessário à planificação do número de filhos e do espaçamento entre uma gestação e outra. Pressupõe o uso dos métodos anticoncepcionais produzidos pela moderna ciência médica. (COELHO, 2000, p. 49).



Segundo Coelho (2000), no período de 1978-1984, a BEMFAM investiu 13,5 milhões de dólares em programas sobre a reprodução da população brasileira. Nesse período, ocorreu a distribuição maciça de contraceptivos orais, sem a devida assistência médica necessária em qualquer programa de planejamento familiar. A esterilização também teve sua prevalência bastante aumentada. Os argumentos apresentados para a implantação do planejamento familiar, no Brasil, vão ao encontro das necessidades individuais e coletivas da população. Dessa forma, o que ocorre é a distribuição indiscriminada de pílulas anticoncepcionais, o aumento da demanda por laqueadura, sem que, na verdade, isso esteja resolvendo os problemas sociais que têm se constituído em argumentos para justificar tais ações.

Segundo Coelho (2000), a realidade brasileira, no que diz respeito à saúde reprodutiva, primeiro aponta para um elevado número de abortos clandestinos, feitos em condições precárias, provocando seqüelas e morte materna. Em segundo lugar, mostra que o índice de esterilização é altíssimo, atingindo mais da metade de mulheres em idade fértil.



Fonte: PNDS, 1996, apud BERQUÓ, 1999.



No contexto internacional o Governo Federal defendia o controle da natalidade como sendo uma decisão do núcleo familiar, mas, na realidade, no Brasil o que acontecia era a intervenção de instituições não governamentais com parcerias de governos estaduais e municípios nas áreas de saúde, principalmente em saúde reprodutiva. Essas instituições mostravam as contradições existentes entre a fala do governo brasileiro nas Conferências e sua posição diante dessas instituições.

Na década de 70, é criado o Centro de Pesquisa em Reprodução Humana – CEPARH, presidida pelo Professor Titular de Reprodução Humana da Universidade da Bahia, o Médico Elsimar Coutinho. É uma Instituição privada sem fins lucrativos, que oferece assistência à população carente do Estado da Bahia, na área da saúde da mulher e planejamento familiar. Conta com um laboratório que presta atendimento nas áreas de planejamento familiar, infertilidade, ginecologia, pré-natal, mastologia, urologia, climatério e menopausa. De acordo com Elsimar Coutinho (CEPARH, 2003), o planejamento familiar é ainda um tema muito polêmico, tendo em vista que defende essa bandeira há mais de trinta anos, quando o Conselho de Medicina o repreendia por ensinar métodos contraceptivos aos seus pacientes, ato proibido antes de 1972.

A luta pelo planejamento familiar pode ser vista no CEPARH, que atende gratuitamente a população em geral. As pessoas que são atendidas pela primeira vez devem passar por palestra informativa, em que todos os métodos contraceptivos são ensinados; depois das informações é preciso passar pelo Serviço Social, que conversa com todas as pessoas, para auxiliar, em conjunto com a família o melhor método a ser utilizado. Em caso da opção pela laqueadura, atualmente, a lei prevê que o usuário receba todas as informações a respeito dos riscos da cirurgia, efeitos colaterais e a sua irreversibilidade.

A Prefeitura de Salvador construiu uma unidade móvel, entregue ao CEPARH e através dela podem ser realizadas consultas, coletas de material, atendimento pelo Serviço Social, entrega de remédios e aplicação de injeções. Segundo o Presidente da Instituição, somente as cirurgias continuam sendo feitas no CEPARH; “essa iniciativa é algo que merece ser estendido a outras localidades, é um dever da própria sociedade cobrar este tipo de atitude dos governantes”.(CEPARH, 2003).

Em 1986, é fundada, no Brasil, a SEMINA, uma empresa voltada à produção e comercialização de métodos contraceptivos, insumos e materiais educativos na área de saúde reprodutiva. É uma empresa cidadã, desenvolve meios para facilitar a compreensão e a consciência da importância da profilaxia na vida das pessoas, principalmente no que se refere à reprodução.

Tem como objetivo informar a homens, mulheres, jovens e adolescentes as funções do aparelho reprodutor e do planejamento familiar.

Preocupada com o nível de desinformação existente entre mulheres, homens, adolescentes e jovens acerca das funções do aparelho reprodutor e do planejamento familiar, a SEMINA Educativa dispõe de um acervo de material educativo para vendas, consultas e treinamentos para estudantes e profissionais da saúde e da educação. (SEMINA, 2003).

A SEMINA, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, vem oferecendo gratuitamente materiais de apoio e diafragma para a implantação desse método junto aos profissionais de saúde, visando à colocação na população feminina dos municípios nos programas de planejamento familiar.

Segundo Coelho (2000), a utilização da anticoncepção pode variar segundo o grau de instrução da mulher assim como a escolha do método, pois quanto maior o nível de instrução maior a opção por métodos reversíveis, como pílula, condom, diafragma, DIU e outros. O



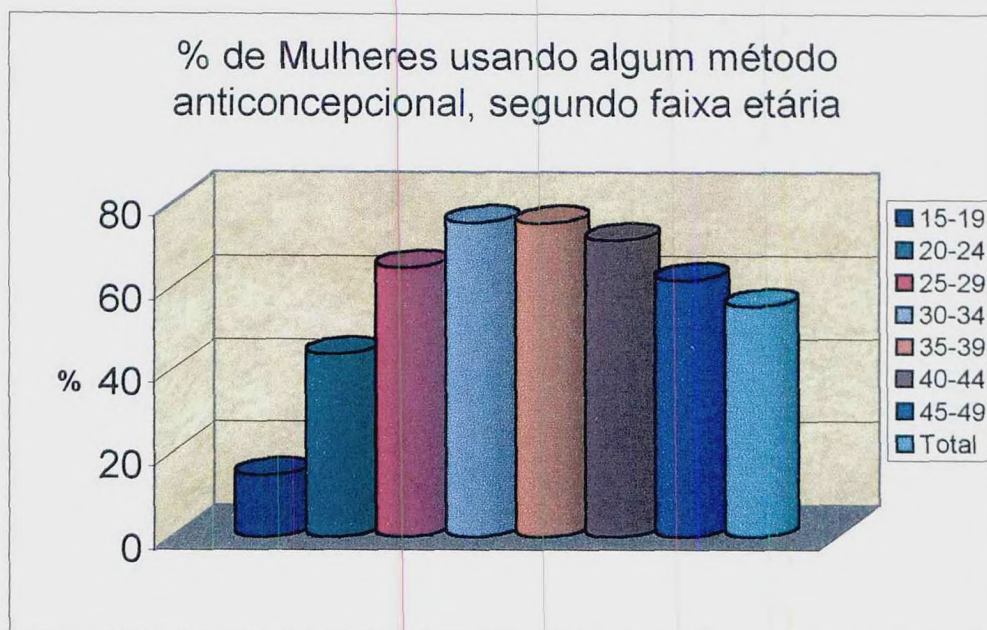
acesso aos métodos anticoncepcionais permitiu à mulher compatibilizar sua vida profissional com o círculo doméstico. Além disso, seu uso proporciona uma vida sexual tranqüila, evitando uma gravidez indesejada.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1998, existiam 44 milhões de mulheres em idade fértil no Brasil, na faixa etária entre 15 e 49 anos, cerca de 70% dessas mulheres são usuárias do SUS – 30,8 milhões, desse total, 21,5 milhões são sexualmente ativas. De acordo com pesquisa Nacional de Demografia em saúde, realizada em 1996, cerca de 50% das mulheres que foram mães entre 1990 e 1995 tiveram uma gravidez não-planejada. (MINISTERIO DA SAÚDE, 1998).

Toda mulher tem direito ao acesso à anticoncepção no momento em que assim desejar, dessa forma, “o planejamento familiar, por direito individual ou de atenção médica, tem lugar garantido”.

Em nosso país, uma das razões da esterilização precoce e indiscriminada é a ausência de uma metodologia anticoncepcional suficientemente variada, que permita sua adaptação a cada mulher e a cada fase de sua vida, com um mínimo de risco e um máximo de eficiência. (COELHO, 2000, p. 28).

Além da ausência de métodos na rede pública, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde propiciam o uso inadequado da anticoncepção pelas mulheres, levando a grande maioria a optar pela pílula, por ser de fácil uso e aquisição. No Brasil, cerca de 41% das mulheres entre 15 e 49 anos, em união estável, utilizam algum tipo de método contraceptivo. O que é facilitado em grande medida pelas ONGs que atuam na área.



Fonte: BEMFAM, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996.

Em 1989, surge o Centro Feminista de Estudos e Assessoria – CFEMEA – uma organização da sociedade civil, não-governamental, feminista e sem fins lucrativos.

O objetivo da CFEMEA é a luta pela plena cidadania das mulheres, por relações equitativas e solidárias, e por uma sociedade e Estado justos e democráticos. O Centro Feminista tem como traço principal característico o trabalho que desenvolve no Congresso Nacional, monitorando as proposições legislativas e assessorando parlamentares nas questões de equidade de gênero e na defesa dos direitos das mulheres, visando à regulamentação e ampliação dos mesmos. Está credenciada pelas Mesas da Câmara de Deputados e do Senado Federal, para o acompanhamento do processo legislativo desde 1992. (CFEMEA, 2003).

Desde 1992, o Centro Feminista desenvolve o programa, Direitos da Mulher na Lei e na Vida, operacionalizado através de ações como assessoria, comunicação e articulação. Os principais eixos de ação do programa são Acompanhamento no Congresso Nacional, monitorando as proposições do legislativo, assessorando parlamentares, abrange, também, a defesa da implementação de políticas públicas que contemplem a cidadania das mulheres.



Mantém intensa articulação com o movimento de mulheres, através de assessorias às organizações e redes de mulheres em todo o país, sobre o processo legislativo. Busca a democratização de informações e socializações referentes ao legislativo e a luta feminista, bem como a promoção de discussões sobre cidadania das mulheres e equidade de gênero.

Segundo Vieira (1997), o CFEMEA, financiado pela UNICEF, UNIFEM, Fundação Ford, entre outras, exerce o “lobby” no Congresso Nacional para modificação da legislação, com o objetivo de atender às diretrizes do controle de natalidade.

Uma vez que conseguiram incluir no texto constitucional dispositivo sobre o planejamento familiar, que a nosso ver, é um dispositivo auto-aplicável, partiu-se para a aprovação da lei 9263/96, cujo objetivo foi o de tornar legal a esterilização como um dos métodos mais radicais de controle da população. É de se observar que antes dessa lei já havia esterilização em massa, [...] esterilizações essas realizadas com recursos daquelas instituições e organizações. Só que essa atividade era clandestina e tipificada como crime. Também não se estabelecia quantos filhos o casal teria de ter para que fosse feita a esterilização, apesar de a mídia ter condicionado o ideal de 2 filhos por casal. (VIEIRA, 1997).

Com a aprovação da lei, a atividade que antes era crime, e exercida clandestinamente, passou a ser legal. Conforme afirma o autor acima citado, o que se sabe é que filiais de empresas estrangeiras têm abatimento em seu imposto de renda, dos recursos gerados no país, desde que destinem parte de seus lucros a programas controlistas. Afirma, ainda, que tais mecanismos são utilizados quando se trata de destinar recursos para controlar o crescimento da população nos países do terceiro mundo.

A utilização das práticas contraceptivas, adotadas ao longo da história, evidencia a alteração dos papéis sociais das mulheres em sociedade. No Brasil, a reivindicação do direito à contracepção é defendida tanto por feministas como por outros setores. Conforme Carneiro e Wernech (1992), a polêmica em torno do planejamento familiar, as intervenções internacionais,



o controle da natalidade<sup>7</sup>, a ação do Estado entram em debate quando a contenção da natalidade “é produto de uma aliança internacional, com o objetivo de manter o terceiro mundo estagnado”.

A década de 90 é marcada por uma queda na taxa de crescimento anual, se comparada a décadas anteriores. Com a queda na taxa de crescimento, caiu também a taxa de fecundidade.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940-2000.

Segundo informações do IBGE, Os dados apontam que a queda da taxa de fecundidade nos últimos anos se deve à difusão de procedimentos como o uso da pílula e a esterilização feminina.

A realidade brasileira conviveu com o discurso natalista e com uma prática de intenso uso de contraceptivos aceita pela grande maioria da população e, implicitamente, pelo Estado, contando com inúmeras parcerias entre instituições internacionais, Estados e Municípios da Federação, além de setores prestadores de serviços e outros. [...] Este posicionamento do Estado

<sup>7</sup> É importante fazer a distinção entre os termos controle de natalidade e planejamento familiar. Controle de natalidade serve para rotular programas oficiais que tem claramente metas demográficas, como é o caso da China e da Índia. Planejamento familiar teria outro enfoque visa erradicar o aborto, prestar assistência à maternidade e democratizar o uso dos métodos contraceptivos.



tem encontrado, em grupos organizados de mulheres (ONGs), e Feministas, resistência constante. Cabe, portanto, reconhecer o posicionamento das Feministas, até porque, enquanto líderes de vários processos de defesa dos direitos das mulheres, tem encontrado eco e resistências nas populações do mundo. (COELHO, 2000, p. 59).

Não se pode esquecer, portanto, que programas de planejamento familiar de modo isolado também podem, a médio e longo prazo, definir o perfil demográfico de uma população.

Em 1990, é criada a CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação. É uma organização não governamental sem fins lucrativos, voltada para a execução de projetos, que contribuem para a ampliação e efetivação dos direitos humanos e o fortalecimento da cidadania.

Neste sentido, a CEPIA desenvolve estudos, pesquisas, bem como projetos de intervenção social, com a preocupação de difundir seus resultados, compartilhando-os com amplos setores da sociedade. [...] tem privilegiado em sua atuação, as áreas de saúde, meio ambiente, violência, direitos humanos, pobreza e trabalho, estabelecendo vínculos preferenciais com mulheres e populações marginalizadas. (CEPIA, 2001).

A CEPIA organiza seminários, encontros e Conferências com movimentos sociais, profissionais de saúde, ONGs e responsáveis por políticas públicas, para ampliar o debate em torno das questões de sua agenda de trabalho. Realiza estudos e pesquisas no sentido de propor, acompanhar e avaliar políticas públicas, tendo como marco de referência as demandas do movimento de mulheres e os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro nos encontros internacionais. Desenvolve atividades de educação popular, privilegiando as temáticas sobre direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase particular a prevenção do HIV/AIDS. Articula-se com serviços de saúde, associações médicas e redes nacionais e internacionais, que desenvolvem estratégias para garantir os direitos sexuais e reprodutivos; para tanto, conta com o apoio de organizações como a Fundação Ford, a MacArthur, a UNICEF, o Programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde.

A CEPIA vem desenvolvendo um projeto voltado para mulheres que freqüentam as Unidades da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, utilizando o tempo ocioso de espera de uma consulta para alertá-las sobre o “sexo seguro” e a necessidade do uso da “camisinha” em todas as relações sexuais. (CEPIA, 2003).

O projeto é apoiado pelo Ministério da Saúde, com financiamento da UNESCO. Para sua execução, conta com a parceria da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – o projeto, desde sua implantação já sensibilizou cerca de 5000 mulheres.

Conforme afirma Ávila (2002), no processo de garantia do planejamento familiar, como ação de saúde pública e como lei, nas décadas de 80 e 90 foi a questão da contracepção que gerou mais discussões e conflitos. Afirma, ainda, que no contexto brasileiro, na esfera pública, os temas da contracepção e do aborto foram que politizaram o debate em torno dos direitos reprodutivos.

O governo brasileiro foi um ator importante nas Conferências Internacionais, na defesa dos direitos reprodutivos, com o objetivo de promover os direitos reprodutivos segundo os princípios da ONU, mais especificamente os da Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.

Em 1991, é fundada a Comissão de Cidadania e Reprodução – CCR. Desde sua fundação, está instalada no Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP<sup>8</sup>), em Brasília.

É uma entidade civil de âmbito nacional e sem fins lucrativos, sua principal meta de trabalho é a defesa do respeito à liberdade e à dignidade da população brasileira no campo da sexualidade, saúde e direitos reprodutivos.

---

<sup>8</sup> O CEBRAP foi fundado em 1969 por um grupo de professores, alguns dos quais afastados das universidades pela ditadura militar. Como instituição de pesquisa interdisciplinar e sem fins lucrativos, tem-se dedicado desde então à análise da realidade social brasileira e à participação no debate político e institucional.



A CCR tem como objetivos: influir na agenda de saúde e direitos reprodutivos no Brasil; monitorar e influenciar a pauta da mídia em relação à saúde reprodutiva; monitorar e influenciar a legislação e as políticas públicas relativas à saúde reprodutiva; socializar o fluxo de informações entre diversos segmentos da sociedade; assegurar o diálogo entre segmentos sociais organizados, instituições de saúde e mídia.

A Comissão entende que há décadas as mulheres organizadas vêm reivindicando que a atenção a sua saúde não esteja limitada ao período de gestação.

Em 1984, logrou êxito a criação no país do programa de atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM); em 1994 e 1995, nas Conferências Internacionais do Cairo e Beijing, o governo brasileiro firmou compromisso de zelar pelos direitos reprodutivos dos cidadãos e das cidadãs. No entanto, apesar de alguns avanços, a atenção integral à saúde da mulher ainda não é uma realidade no atendimento da rede pública, persistindo a ênfase na questão materno-infantil de maneira ainda insuficiente para atender as necessidades de todas as mulheres. (COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO, 2003).

Segundo Ávila & Corrêa (1999), ainda nos anos 90, grupos e lideranças feministas estabeleceram um movimento de aproximação com a Igreja, sendo o fato mais importante nesse campo a fundação, no Brasil, da Organização Católica pelo Direito de Decidir –CDD. O movimento teve início em Nova York em 1973, após a legalização do aborto pelo Congresso Americano. Em 1986, as publicações americanas são traduzidas para o espanhol, com o objetivo de atingir a população latina.

A organização do movimento aconteceu no Brasil em 1993, quando o grupo surgiu do comprometimento de mulheres católicas pela lutas sociais e identificadas com o movimento feminista. Em 1995, constituiu-se como uma organização não-governamental, feminista e ecumênica.

Buscamos a justiça social e mudança de padrões culturais e religiosos vigentes em nossa sociedade. Promovemos os direitos das mulheres, especialmente os direitos reprodutivos. Lutamos pela igualdade nas relações de gênero e pela cidadania das mulheres, tanto na sociedade como no interior da Igreja Católica

e de outras Igrejas e religiões.(CATOLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2003).

A organização atua na divulgação de informações pela mídia, buscando difundir seu pensamento e formar opiniões, articulação com setores progressistas da Igreja, facilitando a articulação entre teólogos e feministas, organiza seminários e debates, trabalha na sensibilização do Congresso Nacional para a necessidade de leis que respondam aos interesses das mulheres.

A CDD tem como objetivo ampliar a reflexão na sociedade e nas igrejas a respeito de temas como a sexualidade e reprodução humana; influenciar a sociedade para que reconheça o direito das mulheres à maternidade livre e voluntária; aprofundar o debate sobre a interrupção voluntária da gravidez; lutar pela descriminalização e legalização do aborto; exigir do Governo o cumprimento de compromissos assumidos em Conferências do Cairo (1994) e de Beijing (1995); a implementação de programas de educação sexual, implementação de leis e políticas públicas, serviços de saúde de qualidade para atender as mulheres, especialmente as mais pobres e o efetivo gozo de sua saúde sexual e reprodutiva.

Para a CDD, o direito das mulheres à saúde integral e pública, incluindo planejamento familiar, apesar de garantido constitucionalmente, está muito longe de ser praticado satisfatoriamente. Existem vários elementos que dificultam o acesso à saúde para as mulheres, “as dificuldades encontradas na esfera pública vão desde a distribuição de anticoncepcionais até alegações de cunho religioso”.

Segundo Tamanini (1996), embora a Igreja apresente-se historicamente como uma instituição incentivadora da natalidade, variações importantes se deram em seu discurso. Conforme sua proposição tradicional, a finalidade primeira da relação conjugal é a geração de filhos, “o caráter natalista se expressa na valorização da fecundidade matrimonial”. É nesse



contexto que a igreja continua proibido métodos populares, permitindo apenas a abstinência periódica e total.

Um dos motivos alegados para não usar os métodos anticoncepcionais e o preservativo é a proibição de algumas religiões. Mas para o grupo 'Católicas pelo Direito de Decidir', assim como para outras pessoas católicas e de outras religiões, controlar o número de filhos e prevenir doenças sexualmente transmissíveis não é pecado e não interfere nas nossas práticas religiosas. (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2003).

Para Dulce Xavier, integrante da CDD, é possível ter uma sexualidade saudável, responsável, sendo utilizados métodos contraceptivos sem que isso interfira na prática religiosa.

Evitar que nossos parceiros/as e nós mesmos/as adoecemos é uma evidente demonstração de amor ao próximo; planejar e controlar o número de filhos é uma garantia de que poderemos proporcionar uma vida digna àqueles que virão ao mundo sob nossa responsabilidade. (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2003).

A busca da Igreja em garantir o direito das pessoas de optarem pelo seu planejamento familiar, segundo Coelho (2000), trouxe pontos importantes para a discussão, no entanto, o reconhecimento de um único método, o natural, fez com que o discurso da igreja não fosse aceito pela maioria das mulheres, mesmo as católicas.

O propósito de defender a vida desde sua concepção é o principal motivo pelo qual o catolicismo condena o uso de contraceptivos, da esterilização e do aborto provocado. Entende que existe outra via pela qual os poderes públicos podem contribuir para solução demográfica, como através de uma política familiar providente e uma sábia educação.

Há um desejo claro e articulado de controlar ações, o corpo e a sexualidade das pessoas. O alerta é que isso, com certeza, se estende (ou poderá se estender) a outras dimensões da vida. Infelizmente, estas visões não são exclusivamente de uma religião. Em uma rápida olhada nos noticiários, observamos várias destas expressões de repressão à liberdade das pessoas, em especial, à sexualidade. (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2003).



A Igreja condena, ainda, o fato de organizações internacionais concederem ajuda econômica para a promoção de programas de contracepção. Para Tamanini (1996), a presença dessas organizações ameaça, pela primeira vez, a hegemonia Católica no campo da orientação dos comportamentos individuais, “como também enfraquecendo seu poder de influência junto ao Estado”, fazendo com que a igreja assuma uma postura de pressão contra as políticas estatais de controle de fecundidade.

No caso do Brasil, como em muitos outros países, a igreja Católica tem exercido o poder de veto sobre vários pontos dos direitos reprodutivos, [...] esse poder da Igreja sobre o Estado afeta o exercício da democracia, uma vez que seguir a norma da Igreja em lugar da liberdade de escolha torna-se imposição garantida pelo Estado para todas as pessoas independentemente de sua crença ou filiação religiosa. (ÁVILA, 2002, p. 136).

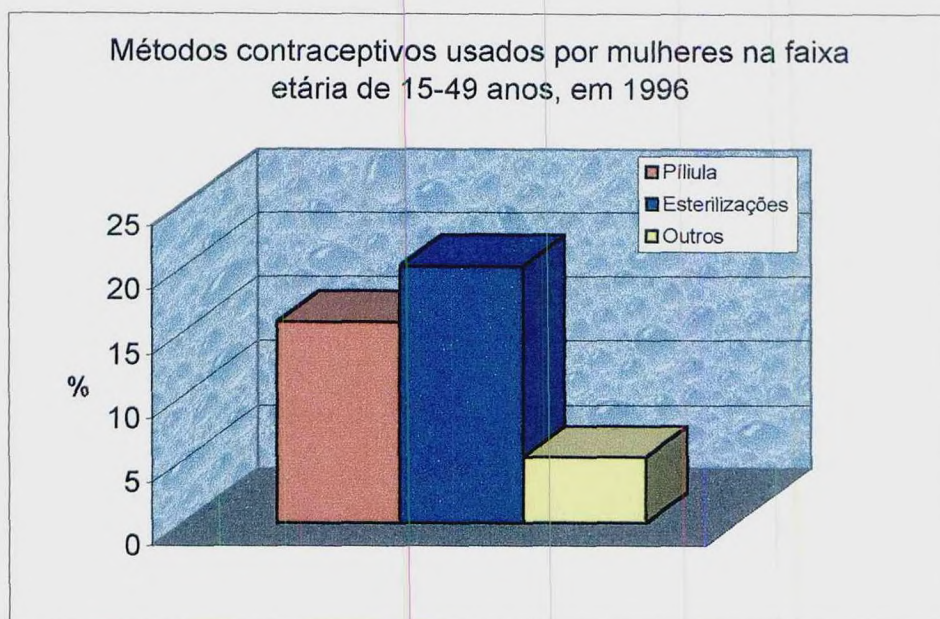
Para a CDD, ainda existe uma postura muito conservadora da Igreja Católica dentro do Congresso Nacional. O Projeto de Lei 21/2003 do deputado Roberto Gouveia que retira o artigo 124 do código penal (que considera o aborto como crime) se encontra na Comissão de Seguridade Social e Família e recebeu parecer contrário do Relator da Comissão, deputado Durval Orlato. Apresentando como argumentação a defesa da vida do feto, não considerando a mortalidade e o adoecimento de mulheres pela prática clandestina do aborto, e desconsidera toda movimentação e encaminhamentos realizados ao longo de vários anos sobre a necessidade de descriminalização do aborto. “Fica clara a articulação do setor conservador católico para dificultar mais ainda a implantação de políticas públicas que garantam o acesso das mulheres aos direitos reprodutivos”.

Estes e outros fatos, expressões dos fundamentalismos existentes devem preocupar a sociedade, já que tais questões contrariam os Direitos Humanos. A humanidade, sabiamente, depois de guerras e tantos sofrimentos, tratou de construir ferramentas universais para a garantia destes direitos. Esta prática tem avançado por meio das Convenções Internacionais, que vão acrescentando outros direitos, como os que dizem respeito às crianças, aos idosos, e às mulheres. As religiões que falam em nome de Deus deveriam ser as primeiras a se solidarizarem com os/as que sofrem e não aumentar o tormento, discriminando, perseguindo e ainda impedindo que governos implementem



medidas de atenção às pessoas. (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2003).

Conforme citado anteriormente, apesar da garantia de acesso aos métodos reversíveis de contracepção, a esterilização cirúrgica se difunde, mesmo quando a pílula é usada, sendo estes os métodos mais utilizados pelas mulheres. Conforme afirma Coelho (2000), diante dessa realidade o ato praticado, de fato, é o controle de natalidade e não o Planejamento Familiar.



Fonte: BEMFAM, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996.

O Centro Vergueiro de Atenção à Mulher – CEVAM – é uma organização não-governamental, fundada 1996, formada por profissionais da área da saúde reprodutiva, educação e planejamento familiar. Desde sua fundação, vem promovendo, através de parcerias com instituições empresariais e públicas, projetos voltados para a profilaxia em saúde reprodutiva, através de atividades ou materiais.

Presta Consultoria, assessoria e convênio em treinamento para profissionais da área da saúde e educação, com abordagem de temas, como paternidade responsável, planejamento

familiar, ecologia e DST/AIDS, suporte de programas com material educativo e contraceptivo como DIU, diafragma, preservativos masculinos e femininos.

O caderno de planejamento familiar, material educativo produzido pelo CEVAM, aborda a política de saúde, a necessidade da implantação do programa na rede pública e o conhecimento que o casal deve ter para decidir responsavelmente se e quando quer ter seus filhos. Esse caderno traz informações sobre os diferentes métodos, vantagens e desvantagens e sua utilização. Inclui, também, a Lei do Planejamento Familiar.

O CEVAM tem por finalidade a educação das mulheres, homens, jovens e adolescentes no que se refere a conceitos sobre o exercício da sexualidade, com responsabilidade e consciência e da compreensão do corpo e do aparelho reprodutor. A sua maior preocupação é a inexistência de uma política e orientação específica voltada para este público, incluindo noções sobre o seu sistema reprodutivo, para que eles possam exercitar através do conhecimento, o desenvolvimento da auto-estima e a sua responsabilidade em relação aos seus direitos reprodutivos. (CEVAM, 2003).

Segundo Silver (1999), existem duas vertentes de preocupação quanto à construção da saúde pública atualmente. A primeira diz respeito ao aumento da equidade e qualidade de vida, através da garantia do cidadão à saúde. A segunda vertente chama atenção para os perigos de tornar a saúde “objeto de consumo, que comercializa e medicaliza a vida e sexualidade das pessoas”, seja por intermédio da privatização dos sistemas de saúde, ou pela atuação de entidades não-governamentais.

Para Yasbek (2000), a presença do setor privado na provisão de bens e serviços não é novidade na trajetória de políticas sociais no Brasil, mas, nos últimos anos, essa tendência vem assumindo relevância, confirmando o “deslocamento de ações públicas estatais no âmbito da proteção social para a esfera privada”.



Esse terceiro setor<sup>9</sup>, composto de organizações sem fins lucrativos, num âmbito não governamental como as citadas anteriormente, expande seus domínios através da incorporação do conceito de cidadania e ampliação dos direitos sociais. “Estamos tratando de um amplo conjunto de organizações e iniciativas privadas sem definição clara, que prestam serviços sociais e assumem finalidades públicas”. (YASBEK, 2000, p. 14).

Ressalta, ainda, que essas organizações sem fins lucrativos atendem aproximadamente 9 milhões de pessoas com um orçamento estimado em 9 bilhões de dólares. Recursos provenientes de pessoas físicas, doações individuais e grande parte da garantia financeira para o funcionamento vem do Estado. Segundo Yasbek (2000), os financiamentos públicos a essas entidades configuram-se como subsídios em troca de serviços prestados em um contexto caracterizado pela falta de um efetivo controle da qualidade desses serviços.

Com o objetivo de defender os direitos sociais e ampliação da qualidade de vida, as ONGs passam a ter visibilidade. O reconhecimento dos direitos sociais e de sua universalização vem sendo substituído pelo dever de atender a pobreza.

Lidamos com o risco da privatização de serviços que deveriam ser universalizados no âmbito público, com uma permanente tensão entre autonomia e dependência em relação ao estado, com a questão das isenções e imunidades fiscais, a “desuniversalização” dos serviços sociais e a localização no campo da solidariedade de direitos constitucionalmente afiançados. (YASBEK, 2000, p. 17).

Outro ponto a ser destacado é no âmbito da filantropia empresarial, “empresas com responsabilidade social”, que financiam entidades ou programas, ou ainda, que executam seus próprios programas, assumindo uma única causa, vinculando sua imagem a ela, como a SEMINA, por exemplo, que se autodenomina “empresa cidadã”.

---

<sup>9</sup> O Estado é compreendido como primeiro setor e o mercado como segundo.

Para Montaña (1999), é ingênuo pensar que atividades filantrópicas das empresas também incluídas no terceiro setor não visam, mesmo que de forma, encoberta fins lucrativos; basta pensar, por exemplo, um candidato a vereador que faz caridade em uma favela e isso não tenha fins eleitorais, lucrativos de certa forma.

Mesmo aceitando o caráter não-lucrativo das ONGs, considerando que elas constituem organizações “cujos investimentos são maiores que os eventuais retornos financeiros” cabem as seguintes perguntas: de onde provém esse financiamento? Pode-se realmente dizer que organismos financeiros também não perseguem fins lucrativos? eles não financiam apenas aqueles projetos que lhes interessam num processo de seleção de projetos que se orienta política e economicamente? e não impõem as ONGs condições para obterem financiamento? (MONTAÑO, 1999, p. 70).

Montaña entende, ainda, que a passagem das políticas estatais para o terceiro setor desenvolve um processo de “esvaziamento da dimensão da conquista e do direito das políticas sociais, encobrindo estas com o manto sagrado da concessão”. A desresponsabilização do Estado é perfeitamente compatível com a diminuição da efetividade da cidadania.

É importante que exista uma mobilização da sociedade civil no sentido de ampliar o debate acerca das questões sociais, no entanto, isso não deve significar uma substituição da responsabilidade estatal, dos princípios de universalização e da equidade, a incondicionalidade das políticas sociais consideradas como direito de cidadania. Esse processo de desresponsabilidade pode comprometer a preservação das conquistas históricas obtidas ao longo da nossa trajetória. Percebemos que, diante da lógica do capital, direitos sociais conquistados são negados a todo o momento.



ORGANIZAÇÃO	ANO	TIPO DE ORGANIZAÇÃO	ÁREA DE INSIDÊNCIA	ÁREA DE VEICULAÇÃO DE IDÉIAS
FUNDAÇÃO FORD	1962	Organização privada sem fins lucrativos	Rio de Janeiro	- Fonte de apoio financeiro a pessoas e organizações comprometidas com o progresso humano, através de doações para pesquisa e treinamento.
BEMFAM	1965	Organização não-governamental, sem fins lucrativos.	Rio de Janeiro	- Presta assessoria técnica a órgãos governamentais e não-governamentais, no que se refere a treinamento; - desenvolvem atendimento em saúde sexual e reprodutiva, ações sócio-educativas que incluem campanhas, seminários, projetos, produção e distribuição de material informativo e educativo; - pesquisas na área demográfica e de saúde.

QUADRO COMPARATIVO

CEPARH	Dec. de 70	Instituição privada sem fins lucrativos.	Bahia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presta assistência à população carente do Estado da Bahia, na área de Saúde da Mulher e Planejamento Familiar.</li> <li>-</li> </ul>
SEMINA	1986	Empresa Cidadã.	São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispõe de um acervo de materiais educativos para vendas, consultas e treinamentos para estudantes e profissionais da saúde;</li> <li>- Distribuem gratuitamente materiais de apoio as Secretarias Municipais de Saúde.</li> </ul>
CFEMEA	1989	Organização da Sociedade civil, não-governamental, sem fins lucrativos, feministas.	Brasília	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento do Congresso Nacional;</li> <li>- Articulação com o movimento de mulheres;</li> <li>- Democratização de informação através de boletim informativo.</li> </ul>



CCR	1991	Entidade civil, Sem fins lucrativos.	Brasília	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influir na agenda de saúde e direitos reprodutivos e sexuais no Brasil;</li> <li>- Monitorar e influenciar a legislação e as políticas públicas relativas à saúde reprodutiva e sexualidade;</li> <li>- Socializar informações entre diversos setores da sociedade, assegurando também o diálogo entre os mesmos.</li> </ul>
CDD	1995	Organização não-governamental, feminista de caráter ecumênico.	São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organização de seminários e debates;</li> <li>- socialização de informações através da mídia;</li> <li>- publicações específicas;</li> <li>- sensibilização do Congresso Nacional.</li> </ul>
CEVAM	1996	Organização não-governamental	São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Treinamento para profissionais da área de saúde reprodutiva;</li> <li>- Treinamento para profissionais na área de educação, através dos temas: paternidade responsável, planejamento familiar, DST/AIDS e ecologia.</li> </ul>

## CONCLUSÃO

O interesse pela política de planejamento familiar surgiu da constatação de que as pessoas desconhecem informações básicas sobre saúde reprodutiva, concepção e contracepção, nos instigando a pesquisar sobre a explicação deste fato.

Além dos problemas causados pela falta de políticas sociais no campo dos direitos reprodutivos, as desigualdades de gênero tornam a prática da contracepção um encargo pesado para as mulheres, que chamam para elas a responsabilidade com tais práticas.

Essa interlocução entre informações e acesso aos métodos contraceptivos tem encontrado barreiras para que o direito seja efetivamente exercido. A garantia de informações acarreta um programa bem articulado com uma eficiente política de saúde.

A trajetória dos direitos vem sendo modificada ao longo da nossa história, com conquistas através de reivindicações. Nas últimas décadas, a noção de saúde reprodutiva desenvolveu-se em espaços institucionais, tendo o movimento de mulheres destaque particular na implementação de políticas públicas, uma trajetória marcada por obstáculos e conquistas, tendo como prioridade às questões da saúde reprodutiva.

Não se pode negar os avanços ocorridos na vida das mulheres, em maior ou menor escala, porem ainda sofrem discriminações apontando para uma enorme distância entre instrumentos legais de proteção e práticas sociais. É importante ressaltar a relação entre direitos promulgados e acesso; se não forem implementados e capazes de alterar a prática cotidiana das pessoas, esses direitos tornam-se práticas vazias.

A busca pelo respeito e igualdade entre homens e mulheres é antiga, os povos buscam ratificar essa igualdade através de Convenções e Tratados, em que são inscritas formas essenciais para uma vida digna. A idéia de igualdade, porém, nunca foi totalmente incorporada.



Durante o século XX, foram realizadas várias Conferências, que manifestaram preocupações com as mulheres, reforçando questões de gênero, equidade e direitos humanos. Entendem os direitos das mulheres como inalienáveis e prioritários. Definem conceitos, chegam a consensos, que já foram exaustivamente discutidos, no entanto, o maior desafio passa a ser a adoção efetiva desses conceitos.

Os Planos e Declarações resultantes das Conferências não têm força de lei, conferindo apenas legitimidade a demandas específicas e, em muitos casos, esbarram em obstáculos culturais e dificuldades de compatibilizar ações de direitos humanos com modelos de desenvolvimento excludente, porém tais consensos deveriam ser considerados e utilizados para nortear a elaboração de políticas sociais específicas compatíveis com a realidade de cada país. É preciso construir uma nova ordem com base na equidade, como parte de uma democracia e consolidação da cidadania.

No Brasil, onde se vive uma cidadania excludente, com desigualdades antigas sendo somadas às novas, parece impossível avançar na luta por saúde. Esse tema foi, e ainda é, preocupação no cotidiano das mulheres que querem ser respeitadas e valorizadas em sua dignidade e capacidade de decisão, sendo capazes de usufruir plenamente de seus direitos individuais e sociais.

Percebemos que as práticas de atenção à saúde da mulher são excludentes e burlam a lei de planejamento familiar, que preconiza uma atenção integral com possibilidade de livre decisão do casal a respeito de quando e quantos filhos quer ter, ou mesmo o direito de não tê-los. O planejamento familiar é um direito assegurado, mas, para o exercício desse direito é fundamental a participação do poder público, dando acesso aos métodos de controle e promoção da fecundidade, para que as pessoas possam exercer seu direito de livre escolha, informadas e conscientes, sem que, principalmente, percebam na esterilização o único método de contracepção.

Muitas vezes, a opção pela esterilização se caracteriza para a mulher como falta de opção de uma prática contraceptiva segura, reflexo de uma política pública de planejamento familiar que não atende as necessidades da população.

Na legislação, a esterilização é uma alternativa de contracepção, sendo definidos critérios para a sua prática, determinando punições para profissionais e serviços de saúde que a realizem sem atender os critérios estabelecidos.

A mulher, para adotar uma prática contraceptiva precisa ser orientada sobre as vantagens e desvantagens de cada método, para que sua decisão seja feita de forma consciente.

Atualmente, o Estado e a Sociedade não vêm conseguindo viabilizar alguns pressupostos básicos do Sus, como a equidade, não atingida nas ações de saúde da mulher. Para as mulheres, a luta pela saúde como espaço de construção da cidadania tem sentido urgente, pois sendo elas as usuárias da rede pública, são as principais vítimas de sua ineficiência. As mulheres vêm lutando para manter os resultados de seus avanços, fazendo valer leis já existentes. Continuam a influenciar as políticas públicas, porem muito ainda há por fazer nesse percurso e um enorme esforço para “permanecer”.

Durante muito tempo, o Governo brasileiro não se posicionou nas questões relacionadas à saúde reprodutiva, traduzindo-se em ausência de programas e ações que atendessem às demandas por contracepção. No cenário internacional, o Brasil defendia o controle da natalidade como livre decisão do casal, em contrapartida, permitia a ação progressiva de entidades privadas.

O planejamento familiar, apesar de todos os meios legais assegurados, está longe de ser uma prática democrática na vida cotidiana. A lei representa um avanço nas políticas populacionais, mas deve ser cumprida e abranger todas as camadas da população. Na prática, como demonstram estudos realizados no país, os direitos reprodutivos não são respeitados em sua



integralidade, as dificuldades de incorporar tais ações provavelmente vem sendo influenciadas por múltiplos fatores, incluindo os políticos, culturais, morais e religiosos.

Apesar da regulamentação da lei, a falta de uma posição por parte do Estado vem proporcionando meios para que organizações nacionais e internacionais implementam ações de controle populacional, disseminando como nos anos 60, um ideal de família.

Mesmo com alguns avanços, a atenção à mulher ainda não é uma realidade no atendimento da rede pública, mesmo com a garantia de acesso aos métodos reversíveis de contracepção, a esterilização continua se difundindo, mesmo quando a pílula é usada, sendo ainda hoje um dos métodos mais utilizados.

Atualmente, o Estado não vem se posicionando em relação à saúde reprodutiva; em contrapartida, as ONGs vêm cada vez mais aumentando sua participação na esfera pública, expandem seus domínios através de discursos que incorporam conceito de cidadania e ampliação dos direitos sociais.

Mesmo sem objetivar claramente o lucro, essas organizações movimentam grandes cifras e recebem incentivos do Governo, que se configuram como subsídios em troca de serviços prestados, não controlados pelos órgãos públicos. Essa atuação efetiva das ONGs, através do repasse das funções do Estado, cria a possibilidade de privatização de serviços que deveriam ser universalizados e que hoje vem se apresentando como uma concessão ou atos caridosos.

A atuação dos movimentos sociais é importante no sentido de ampliar o debate sobre demandas específicas, controlar ações do Estado, exigindo o cumprimento das leis. Não deve significar substituição da responsabilidade estatal.

O direito do cidadão em controlar ou promover sua fecundidade não deve ser limitada e fragmentada como as ações desenvolvidas por essas organizações, mas deve constituir-se de um direito e não de ações capazes de minimizar a ausência do Estado como provedor de políticas

públicas eficientes. Como podemos observar, as ações dessas entidades são fragmentadas, uma vez que não atendem toda a demanda.



## REFERÊNCIAS

ALVES, J. A. L. **A Conferência do Cairo Sobre População**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/>> Acesso em: 25 maio 2003, 19:00 hs.

ÁVILA, M. B. de M.; CORRÊA, S. O Movimento de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Ed. Hucitec Populacion Council, 1999, p. 70-103.

ÁVILA, B; CORRÊA, S. **Movimento de mulheres**: questões para pensar-se seus rumos. 2000. Disponível em: <<http://www.ccr.orgbr/>> Acesso em 19 de jun. 2003, 12:36 hs.

ÁVILA, M. B. Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres. In: **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FCC: Ed. 34, 2002, p. 121-142.

BARSTED, L. L. Família, Sexualidade e Reprodução no Direito Brasileiro. In: **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999, p.51-66.

BARSTED, L. L. **Gênero e Direitos Humanos**. Contribuição do Conselho Estadual de Direitos da Mulher do Rio de Janeiro. <<http://www.educacaopublica.rj.gov.br/>> Acesso em: 25 de maio 2003, 19:32 hs.

BARSTED, L. L. Lei e Realidade Social: Igualdade X Desigualdade. In: **As Mulheres e os Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2001, p. 29-46.

BASSO, S. C. **Salud y Sexualidad desde una perspectiva de genero**. Publicación científica nº 541, Washington, EUA, 1993.

BERQUÓ, E. Ainda a Questão da Esterilização Feminina no Brasil. In: **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999, p.113-145.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BORBA, Â.; FARIA, N.; GODINHO, T. (org.). **Mulher e Política**: Gênero e Feminismo no Partido dos Trabalhadores. São Paulo: Ed. Perseu Abramo, 1998.

BRASIL, **Código Penal**. Organização dos textos, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira – 32 Ed. São Paulo: Saraiva, 1994.

BRASIL, **Constituição Federal de 1934**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <[http:// www.senado.gov.Br/](http://www.senado.gov.Br/)> Acesso em: 19 de maio 2003, 19:05 hs.

BRASIL, **Constituição Federal de 1946**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <[http:// www.senado.gov.Br/](http://www.senado.gov.Br/)> Acesso em: 19 de maio 2003, 19:05 hs.

BRASIL, **Lei 8080 de 19 de dezembro de 1990**. Brasília: MS, 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em 19 de maio 2003, 19:08 hs.

BRASIL, **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: MS, 1990. . Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em 19 de maio 2003, 19:08 hs.

BRASIL, **Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996**. Brasília: MS: 1998. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em 19 de maio 2003, 19:10 hs.

BRASIL, **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988.

BRASIL – MS- **Norma Operacional Básica 96**. Brasília: MS, 1996. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em: 18 abr. 2003, 18:30 hs.

BRASIL-MS - **Planejamento Familiar – Estado Atual**. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br/revista/>> Acesso em: 22 mar. 2003, 17:43 hs.

BRASIL-MS - **Planejamento Familiar Estratégia para Aumentar o Acesso da População**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em: 10 abr. 2003, 22:00 hs.

BRASIL-MS - **Planejamento Familiar Lei Nacional e Normas**. Disponível em: <<http://www.ecrealty.info/aborto/familia/>> Acesso em: 27 jun. 2003, 21:30 hs.

BRAZ, M. **Saúde da Mulher, do homem e do idoso**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em: 18 de abr. 2003, 16:49 hs.



CABRAL, B. N. **Expressões Culturais e Sociais da Prática Contraceptiva**. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

CABRAL, D. de A. ; MELO, R. M. S. de. **Carta das Nações Unidas, 1945**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/>> Acesso em: 25 maio 2003, 19:02 hs.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da Reforma**: Repensando a Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 1992.

CARNEIRO, F. ; WERNECH, J. Planejamento Familiar e atraso. In: **Teoria e Debate** 17, 1º trimestre de 1992, p. 46-50.

CARVALHO, W. D. P. de. **Planejamento Familiar e Contracepção**. São Paulo: Livraria Roca, 1986.

CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR. Disponível em: <<http://www.catolicasonline.org.br/>> Acesso em 22 jun. 2003, 19:30 hs.

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA – CFEMEA. Disponível em <<http://www.cfemea.org.br/>> Acesso em 25 de maio 2003, 14:48 hs.

CENTRO DE PESQUISA EM REPRODUÇÃO HUMANA – CEPARH. Disponível em: <<http://www.ceparh.org.br/>> Acesso em: 16 jun. 2003, 18:29 hs.

CENTRO VERGUEIRO DE ATENÇÃO À MULHER – CEVAM. Disponível em: <<http://www.cevam.org.br/>> Acesso em: 16 jun. 2003, 18:38 hs.

CFEMEA-Centro feminista de Estudos e Assessoria. **Guia dos Direitos da Mulher**. Brasília, 1994.

CIDADANIA, ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO E AÇÃO – CEPIA. Disponível em: <<http://www.cepia.org.br/>> Acesso em: 16 jun. 2003, 17:48 hs.

CITELI, T. ; RODRIGUES, C. **Da responsabilidade de ser forte**. 1999. Disponível em: <<http://www.ccr.org.br/>> Acesso em: 19 de jun. 2003, 12:35 hs.

COELHO, E. B. S. **A enfermagem e o planejamento familiar**: as interfaces da contracepção. Florianópolis, Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO – CCD. <<http://www.ccr.org.br/>> Acesso em 25 de maio 2003, 14:22 hs

COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO – CCD. **Direito à cidadania responsável**. <<http://www.ccr.org.br/>> Acesso em 25 de maio 2003, 14:22 hs.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/>> Acesso em: 11 jun. 2003, 19:40 hs.

IX CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/>> Acesso em: 11 jun. 2003, 19:43 hs.

XI CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/>> Acesso em: 11 jun. 2003, 19:11 hs.

CORREA, S. **PAISM: Uma história sem fim**. Brasília: Fundação MacArthur, 1992.

COSTA, A. de O. Direitos Tardios. **Saúde Sexualidade e Reprodução na América Latina**. São Paulo: FCC, Ed. 34, 1997.

COSTA, A. M. ; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: **Saúde Equidade e Gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000, p. 181-202.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do Paism no Brasil. In: **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999, p. 319-335.

COSTA, A. M. ; GUIMARÃES, M. do C. L. **Controle Social uma questão de cidadania**: saúde é assunto para mulheres. Editora Hanburg, 2000.

COSTA, A. M. **Planejamento familiar no Brasil**. Disponível em: <<http://www.geocities.com/>> Acesso em: 02 de jun. 2003, 22:56 hs.



COSTA, N. do R. ; RAMOS, C. L. ; MINAYO, M. C. de S.; STOTZ, E. N. (Org.). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1989.

COTTA, E. **Planejamento familiar ajuda a reduzir a pobreza**, diz ONU. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/> acesso em: 12 de maio 2003, 22:30hs.

CUNHA, R. S. **Os Novos Direitos da Mulher**. São Paulo: Ed. Atlas, 1989.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência sobre Cuidados primários de Saúde. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://www.terraviva.pt/> Acesso em: 25 de maio 2003, 23:10hs.

DÍAZ, M. ; DÍAZ, J. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudança. In: **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Ed. Hucitec Populacion Council, 1999, p. 208-233.

DIREITOS DA MULHER. Disponível em: <http://www.mre.gov.br/> Acesso em: 21 jun. 2003, 13:19 hs.

ECOS COMUNICAÇÃO EM SEXUALIDADE. Disponível em <http://www.ecos.org.br/> Acesso em 25 de maio 2003, 14:41 hs.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Ed. Hucitec Populacion Council, 1999, p. 165-179.

HERMANN, J. ; BARSTED, L. L. **As mulheres e os Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2001.

HERMANN, J.; BARSTED, L. L. **Instrumentos Internacionais de proteção aos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2001.

HISTÓRICO DAS CONFERÊNCIAS SOBRE POPULAÇÃO. Disponível em: <http://www.fnuap.org.br/> Acesso em: 21 maio 2003, 22:22 hs.

IANNI, O. A Questão Social. **São Paulo em Perspectiva** 1, jan/mar. São Paulo: Saede, 1991.

IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INDICADORES SOCIAIS MÍNIMOS. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 26 jun 2003, 22:30 hs.

INOVAÇÕES NAS POLÍTICAS POPULACIONAIS: O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/>> Acesso em: 22 mar. 2003, 17:50 hs.

INSTITUTO CAMILIANO DE PASTORAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.camilianos.org.br/>> Acesso em: 22 jun. 2003, 13:23 hs.

LABRA, Maria Eliana (org). **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1989.

LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E PROCREAÇÃO RESPONSÁVEL. Disponível em: <<http://www.boasaude.uol.com.br/>> Acesso em: 23 mar. 2003, 16:57 hs.

LUTA PELOS DIREITOS DAS MULHERES. Disponível em: <<http://www.redemulher.org.br/>> Acesso em: 25 de maio 2003, 14:40 hs.

MACHADO, C. M. **Caminho dos Direitos**. Disponível em: <<http://www.educacaopublica.rj.gov.br/>> Acesso em 25 de maio 2003, 19:31 hs.

MARCHIORI, A. R. **O novo código civil e o direito ao planejamento familiar**. 2003. Disponível em: <<http://www.noticiasdamanha.com.br/>> Acesso em: 07 de jun. 2003, 19:45 hs.

MARTINS, M. B. **Direito à Saúde e Programas Materno-Infantis**: Uma análise nos Países do Mercosul. De Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

MÉDICI, A. C. **Financiamento dos programas de planejamento familiar no Brasil**: estratégias econômicas de sustentação. Disponível em: <<http://www.publicacoes.fundap.sp.gov.br/>> Acesso em: 07 de jun. 2003, 19:40 hs.

MENEGASSO, M. É. **O terceiro setor**: uma discussão preliminar. Florianópolis: UFSC, 1999.



MÉTODOS TEMPORARIOS OU REVERSÍVEIS. Disponível em:  
<<http://www.sosdoutor.com.br/>> Acesso em: 07 jun. 2003, 20:10 hs.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva coordenação de Saúde da Mulher, 1998. Disponível em:  
<<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em 21 nov. 2002, 16:30hs.

MONTAÑO, C. Das “lógicas do Estado” às “lógicas da Sociedade Civil”: Estado e “terceiro setor” em questão. **Serviço Social & Sociedade** 59. São Paulo: Cortez, 1999, p. 47-79.

MULLER, C. **Controle Populacional é Debatido por ONGs**. 1992. Disponível em:  
<<http://estadao.com.br/>> Acesso em: 25 maio 2003, 14:59 hs.

NAÇÕES UNIDAS E A MULHER. Disponível em: <<http://www.undp.org.br/>> Acesso em: 25 maio 2003, 19:11 hs.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro**: construindo uma nova agenda. Tese (Doutorado) – Universidade federal de santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

NORT, E. **Planejamento Familiar Solução Básica**. Florianópolis: Ed. do autor, 2002.

OLIVEIRA, R. D. **As mulheres, os direitos humanos e a democracia**. Disponível em:  
<<http://www.mre.gov.br/revista/>> Acesso em: 24 de maio 2003, 14:21 hs.

PANDOLFI, A. **Planejamento familiar em ação**. 2003. Disponível em:  
<<http://www.mre.gov.br/>> Acesso em: 07 de jun. 2003, 20:19 hs.

PITANGUY, J. O movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999, p.19-38.

PITANGUY, J. Gênero, Cidadania e direitos humanos. In: **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FCC: Ed. 34, 2002, p.109-119.

PIOVESSAN, F. A Constituição Brasileira de 1988 e os Tratados Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos. In: **As Mulheres e os Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2001, p. 09-28.

PLANEJAMENTO FAMILIAR. Disponível em: <<http://www.sosdoutor.com.br/>> Acesso em: 07 jun. 2003, 20:07 hs.

POUGY, L. G. **Direitos Humanos SUS e PAISM**: a propósito da Cidadania Reprodutiva. Revista Praia Vermelha – revista do Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da UFRJ, Rio de Janeiro, n° 6, p. 80-91, 2002.

REGO, C. **Os direitos das mulheres**. Disponível em: <<http://www.movimentohumanista.com/>> Acesso em: 08 de jun. 2003, 16:33 hs.

SANTOS, A S. R. dos. **O direito à saúde reprodutiva**. Disponível em: <<http://www.aultimaarcadenoe.com/>> Acesso em: 21 de abr. 2003, 16:51 hs.

SARACHU, G. Ausências y olvidos em el debate sobre el “tercer sector”: algunas anotaciones para la reflexión del servicio social. **Serviço Social & Sociedade** 59. São Paulo: Cortez, 1999, p. 127-151.

SAÚDE REPRODUTIVA. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/>> Acesso em: 22 mar. 2003, 16:28 hs.

SAÚDE REPRODUTIVA. **Planejamento familiar em saúde reprodutiva**. Disponível em: <<http://www.reproline.jhu.edu/portuguese/>> Acesso em: 08 jun. 2003, 15:59 hs.

SEMINA SAÚDE REPRODUTIVA. Disponível em: <<http://www.semina.com.br/>> Acesso em: 16 jun. 2003, 18:23 hs.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Breve Histórico dos programas de Saúde Materno-Infantil**. Disponível em: <<http://www.hospvit.org.br/>> Acesso em: 15 nov. 2002, 14:36 hs.

SILVA, C. **A política de planejamento familiar a partir da experiência vivida no Hsopital Universitário de Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, S.M.V.da. **Inovações nas políticas populacionais**: O planejamento familiar no Brasil. 2000. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/>> Acesso em: 25 de ab. 2003, 22:40 hs.



SILVER, L. D. Direito à saúde ou Medicalização da Mulher? Implicações para avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999, p.299-317.

SOBRINHO, D.F. **Estado e População: uma história do Planejamento Familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, FNUAP, 1993.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BEMFAM. Disponível em: <http://www.bemfam.org.br/> Acesso em: 16 jun. 2003, 18:05 hs.

SOUZA, A. R. **Uma visão geopolítica do planejamento familiar**. Disponível em: <http://www.coryntytelco.com.br/> Acesso em: 08 de jun. 2003, 16:27 hs.

SOUZA, M. de L. ; LAURENTI, R. **Mortalidade Materna: conceitos e aspectos estatísticos**. Série Divulgação, nº 3, São Paulo, 1987.

SUS O QUE VOCÊ PRECISA SABER. Disponível em: <http://www.cress-sp.org.br/> Acesso em: 10 jun. 2003, 14:36 hs.

TAMANINI, M. **Representações e práticas sobre contracepção: as agentes de Pastoral da saúde escutam a Igreja católica?** 1996. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/> Acesso em: 10 de jun. 2003, 14:18 hs

TANAKA, A. C. D'A; ALVARENGA, A. T. de. **Tecnologia e medicalização na concepção e anticoncepção**. In: Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: Ed. Hucitec Population Council, 1999, p. 198-208.

VELHO, M. T. de C; NOGUEIRA, V. M. R. **As Políticas Públicas de Saúde e a Mulher - Superando Descompassos**. Lima, 2001.

VIEIRA, H. L. **Participação de Organizações Internacionais no Planejamento Familiar**. 1997. Disponível em: <http://www.providafamilia.org/> Acesso em 22 de jun. 2003, 12:45 hs.

YASBEK, M. C. Terceiro Setor e Despolitização. **Revista Inscrita**. Brasília, CFESS, v. 3, nº 6, p. 13-18, jul, 2000.

**ANEXO**





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DO SECRETÁRIO

OFÍCIO/SS/GAB/Nº 0551/03

Florianópolis, 07 de maio de 2003.

Ilustríssima Senhora  
Profª. Krystyna Matys Costa  
M.D. Chefe do Departamento de Serviço Social  
Nesta

Senhora Professora,

Em atenção ao seu expediente, referente a entrevista a ser realizada pela aluna Adriana Brígida Steimbach dos Santos, encaminhamos em anexo parecer do Departamento de Saúde Pública desta Secretaria.

Cordialmente,

  
Manoel Américo Barros Filho  
Secretário de Saúde

**Prefeitura de Florianópolis**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**COMUNICAÇÃO INTERNA**

**DATA: 28/04/03**

**Nº 276**

**De:** Departamento de Saúde Pública - Direção  
**Para:** Gabinete – Senhor Secretário

Em relação ao pleito das Professoras Vera Maria Ribeiro Nogueira e Krystyna Matys Costa quanto a entrevistas com profissionais das Unidades da Secretaria Municipal de Saúde para trabalho de conclusão de curso, temos a informar que não temos Programa de Saúde Reprodutiva e desta forma estamos impossibilitados de atendê-los.

Atenciosamente,

*informar aos  
membros*

*Margarete*  
**Margarete Fernandes Mendes**  
**Diretora Departamento de Saúde Pública**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO
<b>RECEBIDO</b>
EM 29/04/03 às 11.22
<i>Lamartine</i>